



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE
ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD
SOCIAL

PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE LA PROTECCIÓN POR DISCAPACIDAD Y LA PREVISIÓN SOCIAL COMPLEMENTARIA. ACTITUDES Y USOS ANTE EL GASTO SANITARIO Y EL PERMISO POR PATERNIDAD

**RESPONSABLE: PEDRO IRISO NAPAI
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TAS/1587/2006, de 17 de mayo (subvenciones para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-)

La Seguridad Social no se identifica con el contenido y/o conclusiones de esta investigación, cuya total responsabilidad corresponde a sus autores.

**LOS LÍMITES DE LA SANIDAD PÚBLICA.
La opinión de los españoles sobre la sanidad pública
y sobre las políticas familiares y de ayuda a las
personas dependientes.**

FIPROS 2006/86

INFORME

Salamanca. Diciembre 2007

Equipo de Investigación (Dpto de Sociología de la Univ. de Salamanca)

Inv. principal.:	Pedro L Iriso Napal (pr. Titular de Universidad)
Investigadores:	Mariano Fernández Enguita (Catedrático de Universidad) Jaime Riviere Gómez (Pr. Ayudante Doctor)
Becarias:	Helena Román Alonso (7 meses) Ester Hernández Bejarano (4 meses)
Colaborador:	José Manuel Gaete (becario del Departamento y CATI) Jesús Rivera (Pr. Ayudante Doctor)

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y COMUNICACIÓN
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

INDICE

I.- EL CUESTIONARIO FIPROS 2006/86	6
1.- Propósito general del proyecto	6
2.- Ámbito temático de las políticas sociales estudiadas en el cuestionario	7
II.- EL “DERECHO SOCIAL” A LAS PRESTACIONES SANITARIAS	9
III.- EL “DERECHO SANITARIO” A PARTIR DE ALGUNAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	12
A.- ¿QUIÉN TIENE DERECHO A LAS PRESTACIONES SANITARIAS?	12
1. “Los derechos sociales”, la residencia y la ciudadanía: el caso de los inmigrantes	
1.1. Los inmigrantes legales	12
1.2. Los inmigrantes ilegales	14
1.3. Los inmigrantes menores “sin papeles”	16
2. La ciudadanía social y la Unión Europea	17
B.- LOS LÍMITES DE CONTENIDO DE LAS PRESTACIONES	19
C.- EL COSTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	23
1. La financiación de los gastos de la Sanidad Pública	23
2. El sistema de copago de los medicamentos	24
D.- EL DERECHO SOCIAL A LA SANIDAD Y LA OFERTA PRIVADA DE SANIDAD	26
1. La privatización de la oferta sanitaria pública	26
2. Las regulaciones sobre la expedición de productos farmacéuticos	28
2.1. El monopolio farmacéutico sobre la expedición de los medicamentos	28
2.2. La liberalización a la hora de establecer farmacias	30
2.3. ¿Un farmacéutico “siempre” en la farmacia?	32
E.- EL CONTROL SOBRE LOS ABUSOS DE LOS USUARIOS CONTRA EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO	33
1. La percepción sobre la existencia de abusos contra el sistema sanitario	33
2. La cuestión del copago virtual de servicios sanitarios como límite contra abusos	35
F.- EL MAYOR PROBLEMA DE LA SANIDAD PÚBLICA	36
1. La causa principal de las listas de espera y su funcionalidad para el sistema sanitario	39
G.- LA IGUALDAD DE LOS CIUDADANOS ANTE EL SISTEMA SANITARIO	42
1. El reconocimiento de la relativa igualdad de los españoles ante la sanidad pública	42
2. La causa de las desigualdades intercomunitarias	43

IV.- LA ESTRUCTURA SOCIAL Y LOS LIMITES DEL DERECHO SANITARIO	45
A.- LA COBERTURA DEL DERECHO SOCIAL A LA “SANIDAD”	47
1. El derecho de los inmigrantes legales a la sanidad pública	48
2. El caso de los inmigrantes “ilegales”	49
3. Los menores “sin papeles” y su derecho a la sanidad pública	53
4. La ciudadanía social y la Unión Europea	55
B.- LOS LIMITES DE LAS PRESTACIONES	58
1. La extensión de las prestaciones del sistema público de salud	58
C.- EL COSTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	62
1. La financiación de los gastos de la Sanidad Pública	62
2. El sistema de copago de los medicamentos	63
D.- EL DERECHO SOCIAL A LA SANIDAD Y LA OFERTA PRIVADA DE SANIDAD	66
1. La privatización de la oferta sanitaria pública	66
2. Las regulaciones sobre la expedición de productos farmacéuticos	69
3. El monopolio farmacéutico sobre la expedición de los medicamentos	69
4. La liberalización a la hora de establecer farmacias	71
5. ¿Un farmacéutico “siempre” en la farmacia?	72
D.- EL CONTROL SOBRE LOS ABUSOS DE LOS USUARIOS CONTRA EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO	73
1. La percepción sobre la existencia de abusos contra el sistema sanitario	73
2. La cuestión del copago virtual de servicios sanitarios como límite contra abusos	74
E.- EL MAYOR PROBLEMA DE LA SANIDAD PÚBLICA	76
1. La causa principal de las listas de espera y su funcionalidad para el sistema sanitario	77
F.- LA IGUALDAD DE LOS CIUDADANOS ANTE EL SISTEMA SANITARIO	81
1. El reconocimiento de la relativa igualdad de los españoles ante la sanidad pública	81
2. La causa de las desigualdades intercomunitarias	84
V.- ALGUNOS ASPECTOS DE LAS POLÍTICAS FAMILIARES	86
1. La ayuda de 2500 Euros por hijo adicional	87
2. La opinión sobre la cuantía de la ayuda	87
3. ¿Ayuda universal o sólo para la población con ingresos más bajos?	89
4. El sistema progresivo de la ayuda y el Estado de Bienestar	91
5. El formato de las ayudas a las familias por tener un hijo adicional	93
6. El fin primordial de las ayudas familiares.	96
7. ¿Cómo financiar la ayuda a las familias?	98
VI.- LA POLÍTICA DE AYUDAS A LAS PERSONAS DEPENDIENTES	100
1. El acuerdo con la ley de dependencia	100

2. Pagar a una familiar que no trabaja por el cuidado de otro familiar	101
3. La selección de un buen cuidador: la familia, el mercado o el Estado	102
VII.- LAS POLITICAS EN DEFENSA DE LA FAMILIA Y LA VISIÓN DEL GRUPO SOCIAL BENEFICIADO	110
1. La ayuda de 2500 Euros por hijo adicional	110
2. El formato de las ayudas a las familias por tener un hijo adicional	116
VIII LA POLÍTICA EN APOYO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y EL GRUPO FOCAL AFECTADO.	122
1. El acuerdo con la ley de dependencia	122
2. Pagar a un familiar que no trabaja por el cuidado de un familiar dependiente	122
3. La selección de un buen cuidador: la Familia, el Mercado o el Estado	124
CONCLUSIÓN	128
BIBLIOGRAFÍA	139
ANEXO I.- ANÁLISIS DE GRUPOS DE DISCUSIÓN	142
ANEXO II.- ANÁLISIS DE REDES PERSONALES Y DE AYUDA	187
ANEXO III. FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO FIPROS 2006/86	213

I EL CUESTIONARIO FIPROS 2006/86

1 Propósito general del proyecto

El cuestionario FIPROS 2006/86 es, desde nuestro punto de vista como participantes en la realización del mismo, una continuación del realizado en el año anterior (acabado en febrero de 2006) sobre otras políticas sociales (desempleo, pensiones,...). El propósito es el mismo:

Examinar los límites del Estado de Bienestar en opinión de los españoles y de poblaciones en determinados estados específicos de necesidad (poblaciones objeto de políticas focales).

Se trata, por tanto, de dilucidar si el Estado de Bienestar es aceptado -en su formato actual- o debe ser modificado (restringido, expandido o alterado,...) en opinión de la ciudadanía. El hecho de que analicemos, de forma específica, algunas poblaciones focales especialmente necesitadas de ciertas prestaciones, tiene como propósito enfrentar la opinión de toda la población sobre el Estado de Bienestar con la opinión de esas poblaciones.

Aunque es obvio, por ejemplo, que los parados o los trabajadores que corren más riesgo de quedar desempleados (tal y como se deducía en nuestro informe de febrero de 2006) tienen una opinión más insistente en el mantenimiento del seguro de desempleo, lo cierto es que, si hablamos en términos generales, en ese estudio no encontramos diferencias radicales entre la opinión de los desempleados -o “con riesgo” de quedar desempleados en un próximo futuro- y la población en general. Guiados por aquel descubrimiento, que se expresaba, también, en el caso de la opinión de otros tipos de poblaciones focales (objeto de algún tipo de prestación particularizada) y la opinión, básicamente similar, de la población en general, **esperamos ahora, también, que la opinión de la población en general y la de las poblaciones focales que analizaremos también compongan una “ambiente” genérico de “legitimidad” básica (un formato ideológico y de prestaciones comúnmente aceptado) del Estado de Bienestar.**

Pero **nos interesan particularmente los matices.** Y es a esos matices a los que más nos orientamos. Los matices parten de la aceptación general de las políticas sociales pero resaltan diferencias relevantes **en asuntos tales como las condiciones, forma y extensión de las prestaciones.**

Lo que nos interesa desde el principio es **remarcar cuáles son, en opinión de la población o la ciudadanía, los límites del Estado de Bienestar.** No vamos a hacer un análisis exhaustivo de cómo es visto, en todos sus aspectos, el sistema sanitario. Se trata de ver, a través de ciertos indicadores, cuál es la opinión de la población en general, o la de poblaciones focales objeto de políticas particularizadas, sobre la extensión del Estado de Bienestar. Por ejemplo, si hablamos de las prestaciones de la sanidad pública, no se trata de

indagar la opinión de la población, sobre la base de un largo listado de posibles prestaciones, la eliminación o a añadido de las mismas en el sistema. Con unas pocas, estratégicamente elegidas y fácilmente comprendidas por la población, bastará para extraer conclusiones relevantes.

Tampoco se trata, por ejemplo, de analizar todas las “prestaciones familiares”. Nuestro objeto no es conocer la opinión de la población sobre las desgravaciones familiares, ayudas monetarias específicas o generales, becas para los hijos, etc... Bastará con unas indagaciones muy específicas para comprender hasta qué punto la población legítima o no las prestaciones o ayudas a las familias, de si esto es entendido como una política de redistributiva o una política de “natalidad”... Además, **la población** en general no tiene opiniones claras y firmes sobre la mayor parte de las políticas parciales de un determinado ámbito de prestaciones sociales. **Tiene ideas genéricas que, sin embargo, pueden concretarse en el caso de asuntos que puedan estar en el debate público en un momento dado -o que lo hayan estado recientemente...-**

Por tanto, **el cuestionario debe entenderse como una selección**, esperemos que afortunada, **de esos indicadores** cuyo análisis debe llevarnos a una conclusión clara y sencilla sobre la visión de los españoles acerca del “derecho a la sanidad pública” (o de otras políticas como la protección a la familia o el cuidado de personas dependientes).

2 Ámbito temático de las políticas sociales estudiadas en el cuestionario

El cuestionario FIPROS 2006/86 pretende ser, como se ha dicho, una continuación del que el mismo Departamento de Sociología de la Universidad de Salamanca hizo en 2006 analizando la visión de los españoles sobre algunas políticas sociales: el seguro de desempleo, las pensiones o ciertas políticas educativas hacia poblaciones marginadas o con especiales problemas educativos. Una vez acabados estos informes se procederá a realizar algún tipo de publicación que utilice o subsuma los trabajos de ambos proyectos para realizar una descripción sintética de la opinión de los españoles sobre la extensión y límites del Estado de Bienestar en España.

El cuestionario que ahora nos ocupa se centra

1º. **En la sanidad pública** como aspecto central o más importante, entendiendo, en este caso, por “sanidad pública” tanto el ámbito propiamente sanitario como el farmacéutico. Así se planteó desde sus inicios porque entendemos que el “derecho farmacéutico” -si es que se puede hablar en esos términos- es parte del “derecho social” a la salud.

2º Un segundo ámbito estudiado es **“la protección de la familia”**. En el proyecto original se había planteado un pequeño cuestionario específico sobre esa protección, cuestionario que no se ha podido llevar a cabo por limitaciones presupuestarias pero

que ha sido sustituido por una pequeña submuestra, específica, de la población focal de algunas políticas orientadas a la defensa de la familia, a la que se ha aplicado el cuestionario único y general.

3º En tercero, y último lugar, se ha dedicado una pequeña atención (3 preguntas) a las **políticas de protección de las personas dependientes**. En este caso podemos entender esto como una parte, realmente del derecho a la salud -como una forma de organizar la prestación ante determinadas necesidades de las personas dependientes-. Como en el caso de las políticas familiares, hemos sustituido el originario cuestionario específico a una muestra de la población focal por otra submuestra de la población focal a la que también se ha aplicado el cuestionario orientado a toda la población.

Así, pues, originalmente, en el proyecto, se pensó en tres cuestionarios independientes, si bien en los dos últimos casos (familia y dependencia) se pensaba en tamaños muestrales inferiores al de la muestra sobre la sanidad pública. Dados los límites presupuestarios con que nos encontramos se decidió renunciar, en esos dos últimos casos, a muestras y cuestionarios independientes. Simplemente se añadieron algunas preguntas, sobre esos ámbitos de las políticas sociales, en el cuestionario general. **Se respetó**, dentro de las disponibilidades presupuestarias que teníamos, **la idea original de recoger la opinión de las poblaciones “focales”** objeto de prestaciones específicas de ayuda familiar y de ayudas a personas dependientes.

En el primer caso (política de protección a la familia) se seleccionó una submuestra de madres o padres recientes (menos de tres años desde que tuvieron su último hijo) o madres y padres “próximos” (individuos que afirmaban que tenían la intención de tener un hijo en los próximos 2 años). En el segundo caso (políticas de protección a las personas dependientes) se seleccionó una submuestra de familiares directos (parentesco en primer grado) de alguna persona dependiente cuyo cuidador tiene derecho a prestaciones de acuerdo a la ley.

II EL “DERECHO SOCIAL” A LAS PRESTACIONES SANITARIAS

La sanidad pública se ha ido convirtiendo, en Europa Occidental, en un derecho subjetivamente sentido por la población. Marshall (1950) llegó a afirmar que el “Estado de Bienestar” había contribuido a la formación de lo que él llamaba “**derechos sociales**”, como otro **conjunto de derechos complementarios del contrato socio-demo-liberal del occidente europeo**. Aunque Marshall hizo estas afirmaciones refiriéndolas, en general, a todos los países capitalistas avanzados, es a Europa a la que con más propiedad debieran referirse. El hecho de llamarlos “sociales” no se opone a su consideración como “derechos individuales”. Se trataría de derechos ligados al individuo, a los que llamamos “sociales” por cuanto se trata de derechos a prestaciones “sociales” o de política social -ligada al concepto de Estado de Bienestar-.

Dichos derechos sociales incluían los contenidos esenciales del llamado Estado de Bienestar: educación, sanidad, pensiones y seguro de desempleo -además de un derecho, genérico e inespecífico, a la atención pública en caso de necesidades perentorias y, quizá, muy focales-. Lo cierto es que, tal y como se ha entendido el **derecho social en Europa, implica una visión “universalista” de las prestaciones sociales** clave -la necesidad de contar con unos ciertos servicios especiales para los “más necesitados” no afecta al hecho de que, en tanto que parte del Estado de Bienestar, las políticas sociales deben tener un carácter universalista-.

El universalismo del Estado de Bienestar supone dos características de las políticas ligadas al mismo:

- Un **sentido burocrático en las prestaciones**, es decir, un carácter impersonal en su aplicación o ejecución.
- Un carácter universal en el sentido de que cubren, o pretenden cubrir, a toda la población en tanto en cuanto tenga determinadas características. Lo esencial en esto es que, a diferencia de una “política social” al margen del “Estado de Bienestar”, **no se excluye de la prestación a las clases medias o altas** (sin duda, esa exclusión podría provocar una grave crisis de legitimidad del Estado de Bienestar a largo plazo, pues las clases medias y altas se irían sintiendo desafectadas al mismo, con eventuales consecuencias políticas).

La visión de ese derecho es, en Europa -y en España-, está ligada a lo que G. Esping-Andersen (1993) clasificaría como **visión o tipo socialdemócrata del Estado de Bienestar**, sin entrar ahora en la distinción, sobre el tipo de Estado de Bienestar, entre el norte y el sur de Europa a que dicho autor se refiere y que otros, como Ferrera (1999) o Navarro (1999) han matizado.

La visión socialdemócrata del Estado de Bienestar supone una tensión entre el universalismo como “igualitarismo” y la redistribución. A menudo el universalismo se

interpreta como “igualitarismo” -por ejemplo en el caso del copago de medicamentos-. El “igualitarismo” puede crear desigualdad social -caso de los medicamentos en los que un miembro de la clase alta paga lo mismo que un miembro de la clase baja- pero también puede reducir esa desigualdad -caso de la educación secundaria en la que un miembro de la clase alta recibe una educación “igual” que un miembro de la clase baja-. Lo cierto es que al igualitarismo se une, como fin también primordial del Estado de Bienestar, la redistribución (el “hacer la justicia” que no hace el mercado). La **redistribución supone, en muchos casos, políticas desiguales para poblaciones desiguales**, ayudas inversamente proporcionales a la riqueza, impuestos progresivos o con tasas más elevadas para los mayores ingresos...

Hay siempre una tensión entre “universalismo” -aunque admitiendo que puede producir redistribución (otro ejemplo sería el caso de la sanidad pública)- y redistribución mediante trato desigual. El **trato desigual “puede” conducir a la desafección de ciertos grupos sociales con respecto al Estado de Bienestar** -aunque no tiene por que ser así en todos los casos-.

Si bien en España, como ha señalado Navarro (1999) , y es bien conocido, el desarrollo del Estado de Bienestar no se completa -en el formato y con la extensión que actualmente tiene- hasta los años 80 con la democracia, lo cierto es que la **visión de los españoles sobre esos “derechos sociales” es propia de la visión general de los países europeos** en los que esos derechos se desarrollaron dos o tres décadas antes.

Por otra parte, como se verá, la **llamada “crisis neoliberal” del Estado de Bienestar ha podido afectar a la consideración crítica con que se examinan las prestaciones sociales** -en el sentido de que parecen existir ciertas actitudes críticas hacia la eficiencia de las mismas- **pero no al “derecho” *per se***. Sin duda, la población estará más predispuesta que antes de la crisis, a aceptar, por ejemplo, que se privatice la oferta de la sanidad pública, pero no a renunciar al derecho a la prestación sanitaria.

Como podremos apreciar **esta visión es interclasista y compartida por las distintas ideologías políticas**. Esto no significa que no haya diferencias importantes en la visión que, por ejemplo, tienen las distintas clases sociales o los distintos grupos ideológico-políticos, pero son **diferencias que no afectan a la legitimidad de la “sanidad pública” ni a su carácter universalista** (hecho que se vio también para el caso del seguro de desempleo o de las pensiones en el informe FIPROS de febrero de 2006 realizado también desde el Departamento de Sociología de la Universidad de Salamanca).

En relación la tema central, el “derecho sanitario”, **en primer lugar analizaremos el derechos social a la sanidad pública partiendo de algunas variables socio-demográficas** como el sexo la edad o el tamaño del hábitat residencial. **En segundo lugar analizaremos ese derecho partiendo de variables de estructural social** como la ideología política, la clase social, el nivel de estudios o la situación laboral en el mercado de trabajo.

Al final analizaremos la visión de las submuestras de poblaciones focales objeto de las políticas familiares y de las políticas de ayuda a las personas dependientes.

III EL “DERECHO SANITARIO” A PARTIR DE ALGUNAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

A ¿QUIÉN TIENE DERECHO A LAS PRESTACIONES SANITARIAS?

1 “Los derechos sociales”, la residencia y la ciudadanía: el caso de los inmigrantes

1.1. Los inmigrantes legales

Una de las características más ligadas a la ideología universalista del Estado de Bienestar es la “generalidad de las prestaciones”, en particular esto es cierto respecto a la sanidad pública. El sistema de pensiones, por el contrario, ha estado, sigue estándolo, ligado en muchos sentidos al trabajo (aunque no totalmente desde la introducción cada vez más general de las pensiones no contributivas). La pensión ha sido durante mucho tiempo un derecho de los trabajadores, ya sean autónomos o asalariados, y no de la población en general.

Pero **el derecho a la salud se entiende**, dentro de esa ideología universalista, **como un derecho social irrenunciable** por parte de cualquier individuo, que no debe, legítimamente, negarse a nadie. Supone para el Estado una obligación perentoria el garantizarla y, ante esto, no cabe ninguna discusión.

En el cuestionario se plantea a los entrevistados un posible primer límite del derecho a las prestaciones sanitarias públicas: el caso de los inmigrantes legales. La pregunta en cuestión es:

¿Cree que los inmigrantes que residen legalmente en España deberían tener acceso a la atención sanitaria pública completa independientemente del tiempo que lleven en España?

- Sí
- No
- NS/NC

Tabla 1. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si los inmigrantes legales tienen derecho a la atención sanitaria completa (PORCENTAJES)

Edad	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Sí	93,9	91,1	90,8	88,5	91,0
No	4,9	7,8	8,3	7,0	7,2
NS/ NC	1,2	1,1	0,9	4,5	1,7
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi- Cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La opinión mayoritaria, como se aprecia en la tabla 1, es que **los inmigrantes legales tienen ese derecho (91%)**. Parece bastante razonable que sea así, pues en España no se han dado ni casos ni coyunturas económicas negativas que hayan desatado una opinión xenófoba relevante -al menos en situación de entrevistas formales-. Los inmigrantes legales cumplen, además, con todos los requisitos precisos -salvo la ciudadanía- para percibir tales prestaciones sanitarias: están legalmente en el país, presumiblemente muchos de ellos trabajan y cotizan a la Seguridad Social... y esto es lo que la población en general creemos que percibe. Deben tener, pues, los derechos sociales (el de sanidad cuando menos). El hecho de que la población española no percibe ningún riesgo serio -al menos de momento- en la inmigración queda patente en el Informe FIPROS realizado en febrero de 2006 -cuestionario pasado a finales de 2005- en el que hacíamos referencia a la preferencia de los españoles por un aumento de la inmigración legal frente a un posible atraso de la edad de jubilación.

El derecho a la prestación sanitaria no depende, pues, de la ciudadanía. Se admite como tal para los inmigrantes legales, independientemente del tiempo que lleven en España. Parece como si ese derecho se ligara a la mera residencia de momento, digamos, que legal.

La opinión es general y muy mayoritaria en todos los grupos sociales clasificados según las variables sociodemográficas típicas. Hay, es cierto, unas pequeñas diferencias por edades: a mayor edad aumenta el pequeño porcentaje que considera que los inmigrantes legales no debieran tener ese derecho (quizá porque no lleven mucho tiempo en el país, quizá porque en la pregunta se especifica un derecho “completo” -a la totalidad de las prestaciones del sistema sanitario-). El caso es que mientras que entre la población menor de 30 años sólo el 6% denegaría ese derecho (en el formato completo como se formula en la pregunta) entre la población mayor de 65 años el derecho se denegaría en un 11,5%. La relación de esta opinión con la edad es significativa.

Tabla 2. Opinión, según el tamaño del hábitat de residencia de los entrevistados, sobre si los inmigrantes legales tienen derecho a la atención sanitaria completa. (PORCENTAJES)

	Tamaño del hábitat de residencia			Total
	Hasta 50.000 hab	De 50.000 - 499.999 hab	Más de 500.000 hab	
Sí	95,5	90,2	89,4	91,1
No	3,6	7,7	9,2	7,3
NS/ NC	0,9	2,2	1,4	1,6
Nº Casos	223	418	369	1010

Chi-Cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Lo mismo podemos decir del hecho de que a medida que el tamaño del hábitat (tamaño de los municipios de residencia) es menor, también es más fácil conceder a los inmigrantes legales tal derecho. La relación, aunque de escasa entidad -pues ya vemos que siempre se reconoce el derecho a la prestación muy mayoritariamente- es significativa. Puede ser que, en este caso, a medida que se convive más con inmigrantes más se tiende a denegar el derecho (10,5% de los residentes en ciudades de más de 500.000 habitantes negarían el derecho a la prestación sanitaria completa a los inmigrantes legales). Si la razón de esa

denegación fuera la convivencia continuada con inmigrantes entonces estaríamos reafirmando una idea muy extendida entre los expertos en inmigración: a medida que se convive con más inmigrantes mayor riesgo hay de que aparezcan actitudes “no universalistas” -incluso, quizá, xenófobas-. Hay que decir, no obstante que **la denegación del derecho a la sanidad de los inmigrantes legales es muy minoritaria.**

Nada debe hacernos olvidar que **los españoles no entienden la “ciudadanía” como límite de las prestaciones sanitarias.** Hay una distinción -ya visible en el Informe de 2005- entre “derechos ligados a la ciudadanía” y “derechos sociales” -ligados a la residencia, al menos, legal-. Veremos si esto se mantiene en el caso de todos los grupos sociales.

1.2. Los inmigrantes ilegales

Hay una clara distinción, por lo que se refiere a la opinión de los españoles respecto al “derecho a la sanidad pública”, entre los inmigrantes legales y los ilegales. En este sentido es preciso volver a señalar la intención de la primera pregunta, que se refería a los inmigrantes legales, en el sentido de que se especifica el derecho a la atención sanitaria como una atención “completa independientemente del tiempo que lleven en España”. La pregunta referida a los “inmigrantes sin papeles” va, en el cuestionario, a continuación de la primera ya reseñada y dice textualmente:

“¿Cree que los inmigrantes “sin papeles” deberían tener ese acceso a la atención sanitaria?”

- **Sí**
- **No**
- **NS/NC”**

Es decir, se refiere a las condiciones de la primera pregunta, a la que sigue inmediatamente en el cuestionario, y, por tanto, hemos necesariamente de deducir que la atención sanitaria se entiende como una atención sanitaria completa.

Tabla 3. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si los inmigrantes ilegales tienen derecho a la atención sanitaria. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Sí	55,7	52,4	44,5	42,8	48,9
Depende de la gravedad de la situación	19,7	20,8	26,7	23,9	22,9
No	22,5	26,5	26,4	28,4	26,1
NS/ NC	2,0	0,3	2,3	4,9	2,2
Nº Casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La tabla 3 muestra que **en el caso de los inmigrantes ilegales la concesión del derecho ya no es tan general.** El 49% reconoce el mismo derecho a la sanidad pública a los inmigrantes

ilegales que a los legales o que a los propios “nacionales” españoles. Pero hay **una significativa parte de la población que deniega taxativamente ese derecho (26%) o que lo relativiza con un “depende de la gravedad de la situación” (23%)**. Dicho en otros términos, ahora la mitad de la población deniega el derecho, cuando menos en su plenitud.

La edad, como muestra la tabla que estamos comentando, sigue marcando la estructura de las respuestas (lo que abunda en la idea de que la estructura, según la edad, de las respuestas a la primera pregunta sobre los inmigrantes legales, no era una casualidad). **A medida que aumenta la edad mayor es la denegación del derecho a los inmigrantes ilegales**. Así, si entre los más jóvenes -los menores de 30 años- el derecho se concede en el 55,5%, entre los mayores de 65 años sólo se concede en el 43% de los casos. Las diferencias son ahora mayores que cuando analizábamos las respuestas respecto a los inmigrantes legales.

Quizá, al aumentar la edad, hay un cierto sentimiento de riesgo para el goce del propio derecho si éste se expande a otros colectivos. Lo cierto es que a medida que aumenta la edad sí se va haciendo mayoritaria la opinión de que el derecho de los ilegales a la sanidad pública debe denegarse en todos los términos (28% entre los mayores de 65 años) o restringirse a casos de urgencia o gravedad por enfermedad (24%).

Tabla 4. Opinión, según el sexo de los entrevistados, sobre si los inmigrantes ilegales tienen derecho a la atención sanitaria (PORCENTAJES)

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Sí	44,9	52,7	48,9
Depende de la gravedad de la situación	22,5	23,3	22,9
No	31,0	21,3	26,1
NS/ NC	1,5	2,8	2,2
Nº Casos	590	615	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Hay diferencias sobre la concesión del derecho a los “sin papeles”, también, según el sexo de los entrevistados. Si esas diferencias no eran significativas con respecto a los inmigrantes legales, ahora **los varones tienden a denegar el derecho más frecuentemente que las mujeres** (31% de los varones frente a sólo el 21,5% en el caso de las mujeres).

Las diferencias, sin embargo, en el caso del tamaño del hábitat de residencia, no son ahora significativas. Hay una cierta tendencia a que en las ciudades más grandes se conceda más fácilmente el derecho a la sanidad pública (53,7%) frente a la opinión de los que habitan en municipios más pequeños. Las diferencias, sin embargo, no son significativas ni claras (no siguen una pauta clara según el tamaño del hábitat).

No hay pues, consenso en la opinión sobre si el derecho a la sanidad pública debe alcanzar a los inmigrantes “sin papeles”. La población está dividida en dos mitades respecto a esta cuestión. Es interesante apreciar que lo más notable es que la opinión se

vuelve más restrictiva a medida que avanza la edad, también es más restrictiva entre los varones que entre las mujeres.

¿Qué derecho relativo tienen los ilegales a la sanidad pública?

Una mitad de la población española admite que los ilegales tienen pleno derecho a la sanidad pública -en igualdad de condiciones que los inmigrantes legales o que los propios ciudadanos españoles-. Otra mitad, deniega ese derecho en términos -casi- absolutos (26%) o relativos (23%).

Los que admiten que los ilegales tienen ese derecho o que “depende de la gravedad de la situación” son en conjunto casi el 75% de la población. El 98% de los que admiten sin más el derecho sostienen, lógicamente que la atención a los extranjeros “sin papeles” debe ser igual que la que reciben los españoles. **Casi el 70% de los que sostienen que el derecho de los ilegales es relativo (“depende de la gravedad de la situación”) afirman que el derecho de los ilegales a la sanidad pública se limita a los casos de “urgencias” sanitarias.** Cerca de otro 30% sostienen, simplemente que la cobertura sanitaria de los ilegales debe ser menor que la de los españoles.

La misma estructura, básicamente, tienen las respuestas sobre el hecho de si los inmigrantes ilegales deben empadronarse para recibir atención sanitaria. Hay **una mínima parte de los que reconocen el derecho -11%- que sostienen que los inmigrantes ilegales deberían empadronarse.** Hay, entre los que conceden el derecho, pues, una mínima parte que plantean una pequeña exigencia a los ilegales. La mayoría ni siquiera exigen ese acto administrativo.

Pero la mayor parte (más de 2/3) de los que limitan el derecho a la “gravedad de la situación” sostienen que sí deberían empadronarse. En opinión pues, de éstos, el derecho debe limitarse a las urgencias y debe suponer el acto administrativo del empadronamiento -no deja de ser un tanto contradictorio, pues es difícil empadronarse cuando el individuo está en situación de “ir a urgencias”-. Sin duda lo que esta **cuarta parte de los entrevistados quieren decir es que el derecho social de los inmigrantes a la sanidad está limitado, y así debemos, simplemente entenderlo, por la necesidad urgente de ayuda sanitaria y por algún tipo de acto administrativo** -por ejemplo el empadronamiento-.

1.3. Los inmigrantes menores “sin papeles”

La estructura de los límites al derecho a la sanidad pública están, hasta ahora, por lo que llevamos visto, claros: la residencia legal es la condición que otorga el derecho (no es la ciudadanía ni la mera residencia, pues si ésta es ilegal ya no hay consenso).

Ya se había previsto (hipotetizado) esta posibilidad de respuestas -obviamente no conocíamos su alcance, pero podíamos prever la posibilidad de que se dieran las respuestas que se han dado-, lo que no sabíamos era si la “posible” denegación del derecho “sanitario” a los ilegales alcanzaba o no a los “ilegales” menores de edad que, en principio, podían no ser vistos como responsables de la situación de ilegalidad -al menos en la mayoría de los casos de los menores ilegales-.

Tabla 5. Opinión, según la edad de los entrevistados, de si los inmigrantes menores "ni papeles" deben tener acceso a la atención sanitaria. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Sí	86,9	83,8	82,8	79,0	83,2
No	12,3	14,6	14,4	15,2	14,2
NS/ NC	0,8	1,6	2,9	5,8	2,7
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

El consenso sobre la extensión del derecho, roto para el caso de los ilegales, frente a los cuales la opinión se divide en dos partes casi iguales, vuelve para el caso de los inmigrantes ilegales menores de edad. No es un consenso tan fuerte como el que había para los inmigrantes legales (en ese caso más del 90% de la población consideraban que tenían derecho a la sanidad pública), pero es elevado. **El 83% de los entrevistados concederían pleno derecho de los ilegales menores de edad a la sanidad pública** (sólo el 14% de los entrevistados lo denegaría).

La mayoría, pues, de los que deniegan el derecho a los inmigrantes ilegales, lo reconocen, sin embargo, a los menores ilegales, probablemente viéndolos como “no-responsables” de la situación de ilegalidad.

Aunque la edad continúa siendo, entre las variables sociodemográficas, la más relacionada con la mayor o menor disposición a conceder el derecho (la relación es significativa y, como ya se ha comentado antes, son los más jóvenes los más predispuestos en favor, en este caso, de los ilegales menores de edad), las diferencias se enmarcan siempre en un contexto muy general en favor de la concesión del derecho.

2. La ciudadanía social y la Unión Europea

El consenso existente, de acuerdo a los resultados de nuestro cuestionario, a la hora de reconocer la ciudadanía “social” a los inmigrantes legales -al menos en lo que se refiere a los derechos sanitarios- y a los ilegales menores de edad, **no se produce para los ciudadanos de la Unión Europea.**

Tabla 6. Opinión, según la edad de los entrevistados, de si los ciudadanos de vacaciones en España deberían ser atendidos, en caso de necesidad no urgente, a cargo de la sanidad pública española. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Sí	56,1	56,8	57,8	64,6	58,5
No	39,8	41,9	39,1	29,6	38,2
NS/ NC	4,1	1,4	3,2	5,8	3,3
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-Cuadrado < 001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

En el cuestionario se plantea la siguiente pregunta relativa a la atención sanitaria de los europeos (de la Unión Europea) de vacaciones en España:

“Supongamos que una persona de la Unión Europea está de vacaciones en España y necesita atención médica no urgente, ¿cree que debe ser tratada aquí con cargo a la Sanidad española?”

- **Sí**
- **No**
- **NS/NC”**

Aunque la opinión es mayoritaria en el sentido de que **un europeo/a que necesite, estando de vacaciones, atención no urgente debe ser tratado con cargo a la sanidad española (58,5%)**, sin embargo, un relevante 38% piensa que no debería ser así. En este caso son los mayores de 65 años los más propensos a admitir que la sanidad española debe hacerse cargo de los costes del tratamiento (64,5%) frente a porcentajes más bajos en las demás edades, que se sitúan en el 56-57%. Este resultado estructural es significativo.

Es muy probable que los mayores de 65 años sean más sensibles a las necesidades “sanitarias” de los europeos que veranean en España por su experiencia vital de necesidad de atención médico-sanitaria muy habitual. En cualquier caso no debemos exagerar las diferencias entre la opinión de los “jubilados” y el resto de la población.

Sin embargo, preguntados los entrevistados si, después de recibir tratamiento en España, **el país de procedencia debe reintegrar los gastos de la atención que reciban sus ciudadanos de vacaciones** responden, en un 71% de los casos, que sí. Aparentemente estamos ante una contradicción, pues la mitad de los que dicen que debe atenderse a los europeos de vacaciones -en casos de necesidades sanitarias no urgentes- con cargo a la sanidad española afirman, en la siguiente pregunta, que con posterioridad sus países deberían reintegrar los costes que, como consecuencia de esa atención, se hubieran ocasionado.

No se trata tanto de una contradicción como de una especie de justicia distributiva. “Sería lo justo”, decía un comentario al margen de un entrevistado que previamente había

dicho que los europeos deberían ser atendidos con cargo a la sanidad española. La posición de una buena parte de la población (un 30%) es que se atienda a los ciudadanos europeos con cargo a la sanidad española, incluso en casos no urgentes pero que, *a posteriori*, es lógico que el país de origen compense a la sanidad española por los gastos.

Hay otro 20% que admite que no debieran cobrarse esos costes, pues puede establecerse una especie de “*quid pro quo*” con la situación de los españoles que son atendidos en el extranjero -al menos un “*quid pro quo*” moral, si no contable-.

El caso es que sólo el 6,5% no ponen ninguna condición para esas atenciones sanitarias.

Los más firmes en la posición mayoritaria (debe reembolsarse el coste originado) son los de mediana edad y los más generosos con los europeos -siempre, sin embargo, mayoritariamente a favor del reembolso- los más jóvenes (menores de 30 años) y los más mayores (de más de 65 años)¹.

Es muy probable que **la ciudadanía social sí se reconozca muy mayoritariamente a los europeos pero como parte de un trato mutuo que debe estar acordado** -como así es- entre los países de la Unión. Puede ocurrir que una parte relevante de los españoles crean que España -como también ocurre- sea un receptor neto de personas en vacaciones y que la atención gratuita no sea un intercambio justo entre España y otros países. La tendencia, a pesar de todo, es a reconocer mayoritariamente el derecho de los europeos en vacaciones al tratamiento no urgente (58,5%).

B. LOS LÍMITES DE CONTENIDO DE LAS PRESTACIONES

Uno de los asuntos que hemos incluido en el cuestionario es la extensión de las prestaciones del sistema público de salud en cuanto a ciertos tipos de “necesidades” o “requerimientos” sanitarios de la población cuya cobertura por el sistema público podría interpretarse, *a priori*, como discutible. De hecho se trata de prestaciones no incluidas actualmente de manera general en el sistema sanitario público, aunque en algunos casos y comunidades autónomas sí puede haber una cobertura parcial, por ejemplo en el caso de “pruebas generales a la población para detectar ciertos tipos de cáncer (i.e., el de mama)”. Dichas pruebas no se realizan a nivel general a toda la población (femenina, se entiende, de cierta edad) aunque sí se practican para la población de riesgo más elevado en algunas comunidades autónomas. Lo mismo ocurre con los tratamientos bucodentales “normales”, que sí están cubiertos para los adolescentes desde hace muy poco.

¹ Resultados significativos. Chi-cuadrado < 0.001.

Los ámbitos de cobertura “discutible” son cinco y la pregunta-rejilla era como sigue:

“A continuación le voy a indicar una serie de prestaciones sanitarias y me gustaría que indicara si debería cubrirlas la Seguridad Social o no:

- **Reconocimientos, exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas por interés de terceros (por ejemplo, una empresa de autobuses que pida pruebas de consumo de droga a los conductores)**
- **Cirugía estética que no sea por enfermedad, malformaciones congénitas o accidentes.**
- **Tratamientos bucodentales normales que no respondan a procesos agudos o graves.**
- **Gafas para personas con problemas de visión.**
- **Pruebas generales a la población para detectar ciertos tipos de cáncer (p.e., cáncer de mama)”.**

Para cada una de las cinco situaciones descritas se pedía, pues, al entrevistado, si la prestación correspondiente debía o no incluirse en las prestaciones de la sanidad pública (“Seguridad Social”).

Tabla 7. Opinión, según se sexo de los entrevistados, sobre si deben o no incluirse en el "derecho sanitario" ciertos procesos médicos. (PORCENTAJES)

Pruebas requeridas por interés de terceros (i.e. una empresa que solicita pruebas de drogas para un conductor)

	Hombre	Mujer	Total
Incluirse	29,0	36,7	32,9
No Incluirse	71,0	63,3	67,1

Chi-Cuadrado < 0,001

Cirugía estética no debida a enfermedad, malformaciones o accidentes

	Hombre	Mujer	Total
Incluirse	9,0	11,5	10,3
No Incluirse	91,0	88,5	89,7

Chi-Cuadrado < 0,1

Tratamientos bucodentales normales que no respondan a procesos agudos o graves

	Hombre	Mujer	Total
Incluirse	86,3	93,3	89,9
No Incluirse	13,7	6,7	10,1

Chi-Cuadrado < 0,0001

Gafas para personas con problemas de visión

	Hombre	Mujer	Total
Incluirse	86,9	91,9	89,5
No Incluirse	13,1	8,1	10,5

Chi-Cuadrado < 0,005

Pruebas para detectar ciertos tipos de cáncer (i.e. cáncer de mama)

	Hombre	Mujer	Total
Incluirse	98,3	98,5	98,4
No Incluirse	1,7	1,5	1,6

Chi-Cuadrado < 0,8

Nº casos **590** **615** **1205**

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

En la tabla 7 se encuentran las respuestas dadas por los entrevistados, a estas preguntas, según su sexo. Como puede apreciarse **los tres últimos tipos de requerimientos (tratamientos bucodentales, gafas para personas que las necesitan o pruebas para detectar ciertos tipos de cáncer como el de mama) deberían, según la inmensa mayor parte de los entrevistados, cubrirse con cargo a la Seguridad Social.**

En el caso de “pruebas para detectar ciertos tipos de cáncer” -el cuestionario pone como ejemplo el de mama- los entrevistados, prácticamente en un 100% piensan que debería formar parte del “derecho sanitario” -ser costeadado públicamente-. Es muy probable que esa extensión se refiera a cánceres de fuerte incidencia y que no pueda atribuirse -la enfermedad- a ninguna conducta “tenida por culpable” -como, quizá, pudiera pensarse del cáncer de pulmón, del que puede responsabilizarse individualmente al fumador-.

Muy amplia es también la inclusión en el “derecho social” a la salud de los tratamientos bucodentales normales o de las gafas para personas con problemas de visión

(89-90% de la población piensa que debieran ser costeados por la sanidad pública). En estos dos últimos casos hay una tendencia mayor de las mujeres a reconocer el derecho². En ambos casos (tratamientos bucodentales y gafas) el porcentaje de varones que reconocen ese derecho ronda el 86% y el de las mujeres se eleva hasta los 92-93%.

En términos generales, **dos tercios de la población (67%) no reconocerían el derecho a los reconocimientos solicitados por terceros (por ejemplo, por una empresa de autobuses que pida pruebas de drogadicción para un conductor)**. En este caso, es cierto, podría discutirse hasta la legalidad de la solicitud, pero se decidió incluir el ejemplo en el cuestionario pues el tema de la legalidad de la petición de la empresa es desconocido. Efectivamente la población rechaza mayoritariamente que tal prueba deba costearse con cargo a la Seguridad Social. Particularmente es rechazado por los varones (71%), aunque también lo hacen las mujeres (63%) -diferencia que es significativa-.

No se admite, bajo ningún concepto, que la cirugía estética -que “no sea por enfermedad”- **sea costeada por el sistema público**. Sólo el 10% de los entrevistados defenderían tal derecho.

Las respuestas de los individuos según su edad no son significativamente diferentes salvo para el caso de las “gafas”, respecto a las cuales son las personas de más edad las que tienden a reconocer más fácilmente el derecho (93% entre los de más edad frente a 83% entre los más jóvenes). No hay diferencias significativas por edades respecto a los otros cuatro ámbitos de tratamiento sanitario. En el caso de las gafas, seguramente los jóvenes las necesitan en menor proporción y son algo menos sensibles a su consideración como una “prótesis” que deba ser costeada públicamente, aunque siempre una inmensa mayoría reconoce el derecho.

El tamaño del hábitat o municipio de residencia no es relevante para explicar ningún tipo de diferencia, salvo que en el caso de las grandes ciudades -de más de 500.000 habitantes- en las que tiende a admitirse el derecho a la “cirugía estética”, no necesitada por enfermedad, algo más (4-5% más que entre el resto de hábitats residenciales).

La estructura general es constante, pues, sea cual sea la variable sociodemográfica considerada. **La detección de “ciertos” tipos de cáncer se entiende como parte del derecho sanitario para casi el 100% de los entrevistados, se acerca al 90% el número de los que reconocen, igualmente, el derecho, para los tratamientos bucodentales o las gafas para los que tienen problemas de visión**. Es claro que en los tres casos se trata de **procesos que la población española entiende como “enfermedades”** y, por tanto, su tratamiento y “costes” en general **deberían formar parte del derecho social a la salud**. Las mujeres tienden más a reconocer que esos tratamientos son una “obligación” de los poderes públicos...

² Chi-cuadrado < 0,01 en el caso de las gafas y < 0,001 en el caso de los tratamientos bucodentales.

No ocurre lo mismo ni con los reconocimientos exigidos por terceros (por ejemplo por una empresa para un trabajador) ni con la cirugía estética debido a que no son considerados “enfermedades”.

C EL COSTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

1 La financiación de los gastos de la Sanidad Pública

La financiación de los gastos de la sanidad pública utiliza una fórmula mixta: las cotizaciones de trabajadores y de empresas, que hacen por los trabajadores que emplean, y otra parte un fondo procede de los presupuestos públicos. Las organizaciones empresariales han venido, tradicionalmente, quejándose de la parte que deben aportar a la Seguridad Social (pensiones y sanidad). Han sostenido que un presupuesto de la Seguridad Social mucho más fundado en los impuestos generales (presupuesto público) sería muy positivo para la competitividad y el crecimiento económicos.

Los continuos incrementos de los gastos sanitarios han provocado, además de las quejas empresariales, el aumento de las aportaciones procedentes de los presupuestos públicos.

Se ha preguntado a los entrevistados por la fórmula que piensan es la más adecuada para financiar los crecientes gastos sanitarios:

“¿Cómo cree que deberían financiarse los gastos de la Sanidad Pública:

- Con cargo sólo a los presupuestos públicos.
- Con cargo sólo a las cotizaciones o
- Mediante una fórmula mixta (presupuestos + cotizaciones)?”

Tabla 8. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre la forma en que deberían financiarse los gastos de la Sanidad Pública. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Con cargo sólo a los presupuestos públicos	11,9	14,1	16,4	11,1	13,7
Con cargo sólo a las cotizaciones	5,3	7,0	8,6	11,9	8,1
Fórmula mixta (presupuestos + cotizaciones)	72,5	68,4	63,8	55,1	65,2
NS/ NC	10,2	10,5	11,2	21,8	12,9
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-Cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La tabla 8 muestra la respuesta de los entrevistados según la edad de los mismos.

Prácticamente 2/3 de ellos prefieren la fórmula mixta que incluye una parte de financiación por parte de los presupuestos públicos y otra por parte de las cotizaciones

(trabajadores + empresarios). Los entrevistados son, pues, al menos parcialmente sensibles a los argumentos empresariales. **Parecen dispuestos a pagar impuestos para mantener el sistema.**

El 14% sostienen que la financiación debería hacerse sólo con cargo a los presupuestos públicos (es el argumento empresarial llevado a sus últimos límites). Sólo el 8% admiten que se debería imponer un sistema que fundase la financiación únicamente en las cotizaciones.

La fórmula mixta es la preferida, sobre todo, por los más jóvenes (73%) y va disminuyendo a medida que aumenta la edad hasta llegar al 55% en el caso de los mayores de 65 años³. La financiación basada únicamente en las cotizaciones de trabajadores y empresarios, por el contrario, sería preferida sólo por el 5% de los menores de 30 años e iría subiendo hasta el 12% en el caso de los mayores de 65 años.

Así, pues, la financiación preferida es aquella que no se basa únicamente en las cotizaciones, admitiéndose, en consecuencia, que los gastos sanitarios tienen un claro límite en el peso que podrían suponer sobre el aparato productivo. Esta respuesta es general, aunque, relativamente, los mayores de 65 años serían más insensibles a ella. Pero debemos intuir que la población en general ve, en esa carga directa sobre el aparato productivo, un límite (si supusiera un freno a la competitividad o al crecimiento económico).

2 El sistema de copago de los medicamentos

Otra forma de ver el problema de la financiación de la sanidad pública es analizar la opinión sobre el sistema de copago de los medicamentos. Como se sabe la población no jubilada, y que tampoco está en situación de enfermedad crónica o grave, paga el 40% de los medicamentos expedidos bajo receta. Los jubilados, en cambio, no tienen sistema de copago, sino que, simplemente, no pagan nada por los medicamentos recetados. Los enfermos crónicos pagan un 10%.

A menudo hay quejas, informales e implícitas o, incluso, denunciadas en medios de comunicación, de que se produce un fuerte abuso en el consumo de medicamentos recetados por parte de los jubilados. La sospecha abarca no sólo a los jubilados sino a su entorno familiar.

Como indicador sobre si esta situación es apreciada como justa (como lógica teniendo en cuenta que se trata de poblaciones en estado de mayor necesidad de atención sanitaria), se ha preguntado a los entrevistados por la opinión que les merece el hecho de que los enfermos crónicos paguen un 10% de los medicamentos recetados.

³ Chi-Cuadrado < 0,001

“Los enfermos crónicos o graves pagan el 10% del precio de venta al público de medicamentos y productos sanitarios. ¿Está usted de acuerdo?”

- Sí
- No, deberían pagar más
- No, los medicamentos deberían ser gratuitos para ellos
- Depende de su nivel de ingresos
- NS/NC”

La pregunta intenta captar dos dimensiones del problema. Primero si es lógico que personas más necesitadas tengan un derecho “mayor” a la atención sanitaria o si debiéramos, a pesar de todo, tener en cuenta el nivel de sus ingresos. Si se admitiera la primera posibilidad estaríamos ante una visión que concibe el Estado de Bienestar como corrector de desigualdades pero en un sentido universalista de tipo igualitario. Si, en cambio, no se admitiera esa situación, el Estado de Bienestar se entendería en un sentido estrictamente redistributivo de tipo desigual (progresivo).

Tabla 9. Opinión, según el tamaño del hábitat de los entrevistados sobre si los enfermos crónicos debieran pagar más o menos del 10% de los medicamentos. (PORCENTAJES)

	Tamaño del hábitat de residencia			Total
	Hasta 50.000 hab	De 50.000 - 499.999 hab	Más de 500.000 hab	
Sí	29,1	34,4	36,9	34,2
No, deberían pagarán más	0,0	1,0	1,6	1,0
No, deberían ser gratuitos	38,1	33,3	38,5	36,2
Depende del nivel de ingresos	30,0	30,1	22,5	27,3
NS/ NC	2,7	1,2	0,5	1,3
Nº casos	223	418	369	1010

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

El primer dato relevante es que sólo el 1% de los entrevistados afirman que debieran pagar más del 10%. De manera que **casi el 100% de la población admite que una situación de necesidad especial, como es la de los enfermos “crónicos o graves”, debe ser respondida con generosidad especial por el Estado de Bienestar.** Aunque no se ha preguntado por la opinión que los entrevistados tienen (por brevedad del cuestionario) sobre el hecho de que los jubilados no paguen nada por los medicamentos recetados, es muy posible que la opinión, con matices, sea muy similar a la que se expresa con respecto a los enfermos crónicos o graves.

Las opiniones mayoritarias son:

- que los medicamentos debieran ser gratuitos para los enfermos crónicos (36%) o
- que están de acuerdo con que sea sólo del 10% (34%) o
- que depende del nivel de ingresos -del enfermo- (27%)

Las dos primeras opiniones (gratuidad o pago del 10%), que representan al 70% de los entrevistados suponen el reconocimiento de que se debe proteger de manera especial a las poblaciones más necesitadas. Es coherente, como se ha indicado, con los fines generales del Estado de Bienestar. Es cierto que unas pequeñas diferencias en el copago -que pagaran algo más los que tienen más ingresos- no supondría ninguna quiebra para el sistema, pero unas diferencias de entidad acabaría formando, como se ha indicado más arriba para otras políticas como las pensiones, una “opinión política” contraria al sistema (“¿porqué he de cotizar igual o más si luego también pago más en la farmacia?”). **La respuesta general mayoritaria es coherente con el universalismo del Estado de Bienestar.**

No hay diferencias significativas entre los distintos grupos de la población según sus características socio-demográficas salvo, como se ve en la tabla 9, en el caso del tamaño del hábitat residencial. **La coherencia con los presupuestos universalistas igualitarios del Estado de Bienestar es mayor en las grandes ciudades.** En los municipios de más de 500.000 habitantes sólo el 22% piensa que el copago de los enfermos crónicos debiera depender de su nivel de ingresos. En el resto de los municipios, los menores de 500.000 habitantes, ese porcentaje se eleva al 30%⁴.

Si sumamos a los que piensan que los medicamentos deberían ser gratuitos o que el 10% como tasa de copago es justa, resultaría que en las grandes ciudades esa suma supondría el 75% de la población, y en otros municipios más pequeños “sólo” llegaría al 67% -un dato alto, pero inferior al de las grandes ciudades-.

Parece pues que los supuestos igualitarios de los “derechos sociales” sanitarios son mejor entendidos en las grandes ciudades.

D EL DERECHO SOCIAL A LA SANIDAD Y LA OFERTA PRIVADA DE SANIDAD

1 La privatización de la oferta sanitaria pública

Una de las cuestiones más importantes, tradicionalmente, sobre el Estado de Bienestar es la cuestión de si los derechos sociales a que da lugar el Estado de Bienestar en Europa deben ser respondidos, por los poderes públicos, no sólo haciéndose cargo del pago de los servicios (de la demanda ligada a esos derechos) sino mediante la organización de la oferta. Dicho en términos más claros: la cuestión es si la oferta de los bienes públicos ligados al Estado de Bienestar debe ser pública -como lo ha sido tradicionalmente en la mayor parte de los casos- o puede ser privada (con los controles que desde el poder público pudieran establecerse).

⁴ Datos significativos. Chi-cuadrado $\leq 0,01$.

El Estado de Bienestar no está ligado, necesariamente, a una oferta pública de los bienes. No es preciso que el hospital sea de propiedad pública o que la gerencia del mismo sea pública... **Ello no tiene que ver con la garantía pública de la prestación social.** La pregunta que nos hacemos ahora es si los españoles lo entienden así o no. A menudo se ha ligado la mejora de la prestación de los bienes públicos sociales a la “privatización de la oferta” ya se entienda ésta como un sistema “privado” de gerencia o, directamente, con la privatización paulatina de la propiedad (no se trata aquí de discutir si la eficiencia privada es mejor o no y en qué sentido que la pública).

La pregunta en el cuestionario era como sigue:

“Si la atención sanitaria se cediera a una entidad privada, pagando el Estado los mismos servicios, ¿le parecería una buena idea para mejorar el funcionamiento de la Sanidad?”

- No
- Sí
- NS/NC”

Tabla 10. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si les parece bien "privatizar" la oferta de la sanidad pública. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
No	41,0	37,3	39,7	30,5	37,3
Sí	51,2	54,6	50,6	52,3	52,3
NS/ NC	7,8	8,1	9,8	17,3	10,4
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La mayoría de los españoles, atendiendo a los resultados de nuestra muestra, aceptaría la privatización de la oferta -se supone que, también, de la gerencia-. El 52,3% de los entrevistados aceptarían que el Estado -representativo, en nuestro texto, de los poderes o administraciones públicas, incluidas las comunidades autónomas- cediese la oferta de los servicios sanitarios “públicos” a empresas privadas, seguramente pensando que las prestaciones podrían mejorar en eficiencia.

Es un resultado que sobrepasa las expectativas del equipo de investigadores, pues aunque se suponía que un porcentaje relevante de españoles admitiría esa posibilidad, se estaba lejos de pensar que serían la mayoría. **Sólo el 37% mantiene que la oferta de los servicios sanitarios debe seguir siendo pública.**

Como puede verse en la tabla 10 esa opinión depende, en parte, de la edad de los entrevistados -siendo ésta la única variable socio-demográfica- que estructura las respuestas. Aunque en todos los grupos de edad hay una opinión mayoritaria (siempre ligeramente por encima del 50%) sobre la posibilidad de que se privatice la oferta sanitaria, la opinión varía, a

lo largo de la edad⁵, cuando la opinión es que “no” debería privatizarse la oferta de dichos servicios sanitarios. **A medida que avanza la edad la oposición a la privatización es menor. La oposición más alta se da entre los menores de 30 años (41%)** -manteniéndose sólo ligeramente por debajo de ese nivel en las edades hasta la jubilación- y la más baja entre los que tienen más de 65 años (30%). Estas diferencias, que no se reflejan en la opinión constantemente mayoritaria a favor de la privatización, tienen que ver con una opinión indiferente (No sabe/No contesta) que crece con la edad.

Es posible que la explicación de esta estructura en las respuestas esté en el hecho de que son los mayores de 65 años los que más usan el sistema sanitario público y que, en consecuencia, lleguen a ser más críticos con su funcionamiento y menos dispuestos a mantener el estatus público de la oferta sanitaria.

2 Las regulaciones sobre la expedición de productos farmacéuticos

Otra cuestión relacionada con la anterior, sobre la privatización de la oferta sanitaria, es la de las regulaciones en la expedición de los productos farmacéuticos. Las farmacias son privadas, pero su establecimiento está fuertemente regulado, lo mismo que la expedición de productos farmacéuticos. Se ha intentado liberalizar el sistema, sin éxito hasta ahora. Lo cierto es que el Estado de Bienestar podría coexistir con un sistema mucho más liberal que el que actualmente regula la actividad del sector. Nada impide, desde el punto de vista del mantenimiento del Estado de Bienestar, que se liberalice totalmente el sistema. Es más, puede legítimamente pensarse que el sistema, tal y como está ahora regulado, implica costes para los usuarios y para el sistema sanitario público, pues esas regulaciones tienden a conformar un sector “*cuasi*” monopolista.

La imposibilidad de establecer farmacias libremente, la necesidad de la presencia permanente de un farmacéutico, la imposibilidad de que otro tipo de establecimientos expidan los medicamentos -incluso, bajo ciertas reglas, medicamentos “con receta”- y el hecho de que las farmacias tienen libertad para expedir otros productos que no son medicamentos -a los que indefectiblemente dotan del “epíteto” de “producto sanitario” o “bueno para la salud”- hacen que esas regulaciones sean muy costosas para el sector público, para los propios consumidores y para la economía en general.

2.1. El monopolio farmacéutico sobre la expedición de los medicamentos.

La primera pregunta sobre este tema se refiere al “monopolio” farmacéutico para la expedición de medicamentos. La pregunta estaba redactada en los siguientes términos:

⁵ Significativo con Chi-cuadrado <0,001

“Actualmente sólo las farmacias están autorizadas a vender los medicamentos. ¿Cree usted que se debería permitir que otros establecimientos, con ciertas regulaciones, vendieran los medicamentos sin receta (supermercados, droguerías, etc)?

- Sí
- No
- NS/NC”

En los términos de esa redacción no se trata, por tanto, de que “otros establecimientos” -no farmacéuticos- puedan expedir medicamentos que sólo pueden ser expedidos con receta médica, sino sólo aquellos cuya venta está autorizada también sin receta. Se trataría de una medida “suave” contra el monopolio farmacéutico.

Tabla 11. Opinión, según el sexo de los entrevistados, sobre si la venta de medicamentos que no requieren receta para su expedición pueden venderse en establecimientos distintos de las farmacias. (PORCENTAJES)

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Sí	23,7	12,8	18,2
No	74,6	85,5	80,2
NS/NC	1,7	1,6	1,7
Nº casos	590	615	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Menos de una quinta parte de la población admite que “otros establecimientos” vendan medicamentos con receta, medicamentos que, en cualquier caso, las farmacias pueden vender sin receta médica. El porcentaje de la muestra que admite esa posibilidad es sólo del 18%, oponiéndose a tal posibilidad el 80%. De las variables socio-demográficas utilizadas sólo el sexo estructura algo esta opinión: **los varones serían más permisivos**, pues un 24% admitirían que otros establecimientos vendieran ese tipo de medicamentos -en el caso de las mujeres tal posibilidad sólo sería admitida por el 13%-.

Es claro, pues, que **los españoles están de acuerdo con esta regulación que restringe a las farmacias la posibilidad de vender cualquier medicamento.**

En el cuestionario se preguntó también, a ese porcentaje del 18% que admitiría la posibilidad de que ciertos medicamentos se vendieran en “otros establecimientos” si admitirían que los medicamentos que **requieren necesariamente receta** podrían, también, expedirse en “otros establecimientos” no farmacéuticos.

Tabla 12. Opinión, según el sexo de los entrevistados que expresaron que se podían expedir medicamentos para los que no se requieren receta en "otros" establecimientos, sobre si los medicamentos para cuya expedición se requiere receta médica podrían expedirse en establecimientos distintos de las farmacias.

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Sólo en farmacias	82,9	89,9	85,4
En cualquier establecimiento legal	17,1	7,6	13,7
NS/ NC	0,0	2,5	0,9
Nº Casos	140	79	219

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Aquellos que admiten la posibilidad de que se expidan medicamentos, que no requieren receta, en “otros establecimientos”, no lo admiten para los medicamentos que requieren receta. Sólo el 14% de ellos parecen preferir que “cualquier medicamento” se pueda expedir en establecimientos que no sean farmacias. Se trata de un número muy pequeño de entrevistados que sólo representan, con respecto a la muestra, el 2,5%. **Los varones se manifiestan, en este sentido, como bastante más permisivos que las mujeres**⁶, aunque los “permisivos” son siempre minoría.

2.2. La liberalización a la hora de establecer farmacias

La normativa vigente establece una serie de requisitos de distancias físicas o de tamaño de población para la apertura de nuevas farmacias. Esto, de hecho, supone, para las farmacias, un reforzamiento del monopolio de que disfrutaban en la expedición de medicamentos. En realidad sin estas restricciones en la apertura de farmacias no serviría de nada -para el grupo social de propietarios de farmacia- el monopolio derivado de la expedición, en exclusiva, de los medicamentos. Sólo el hecho de que en una farmacia debe prestar sus servicios, al menos, un farmacéutico sostendría aún una cierta vigencia del monopolio.

Tabla 13. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si debería mantenerse la regulación actual para el establecimiento de nuevas farmacias. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
De acuerdo	51,6	45,1	42,2	45,7	45,7
Liberalizarse	45,5	50,3	52,0	44,4	48,6
NS/ NC	2,9	4,6	5,7	9,9	5,6
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

En este caso las opiniones están mucho más divididas que frente a la posibilidad de que los medicamentos se expidan en “otros establecimientos” distintos de las farmacias. De

⁶ Chi-cuadrado < 0,01

hecho ya alguna comunidad autónoma⁷ ha realizado reformas liberalizadoras respecto a la normativa para el establecimiento de farmacias (en concreto respecto a los requisitos de distancia física y tamaños de población).

Hay, entre los entrevistados, una **cierta mayoría relativa de partidarios de la liberalización con respecto al establecimiento de farmacias**. Casi el **49% de los entrevistados son partidarios de la liberalización frente a un 46% que no serían partidarios** (hay un 5,6% de indecisos -no saben/no contestan-).

Es claro que la población es sensible a los argumentos en favor de la ruptura del monopolio derivado del establecimiento de farmacias, pero **si el monopolio se ha de romper es por esta vía**.

En general, como se aprecia en la tabla 13, **los partidarios de la liberalización son más numerosos, relativamente, entre los que tienen edades intermedias (de 30 a 65 años)** y menos entre los más jóvenes (menores de 30 años) y los de más edad (más de 65 años). Las diferencias son de 8 puntos porcentuales (desde 44 a 52%) entre los menos y los más partidarios de la liberalización. Lo realmente curioso, en este caso, es que los más jóvenes estén entre los que más defienden la actual reglamentación, pues ello no coincide con otras opiniones que sostienen (más reformistas) en el ámbito de las prestaciones sanitarias públicas.

Tabla 14. Opinión, según el tamaño del hábitat de los entrevistados, sobre si debería mantenerse la regulación actual para el establecimiento de nuevas farmacias. (PORCENTAJES)

	Tamaño del hábitat de residencia			Total
	Hasta 50.000 hab	De 50.000 - 499.999 hab	Más de 500.000 hab	
De acuerdo	43,0	44,0	50,7	46,2
Liberalizarse	50,2	52,2	42,0	48,0
NS/ NC	6,7	3,8	7,3	5,7
Nº casos	223	418	369	1010

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

También **hay una mayor oposición a la liberalización en las grandes ciudades** (de más de 500.000 habitantes) en las que el 42% sería partidario de la liberalización frente al 51% que no. Los partidarios de la liberalización superan el 50% en el resto de hábitats o municipios de residencia de los entrevistados.

Creemos que **la falta de liberalización puede penalizar, especialmente, a las poblaciones de municipios más pequeños**. Quizá en las grandes ciudades la densidad de población es mucho más alta y, por tanto, no hay los problemas de acceso a las farmacias (por su relativo número a una cierta distancia del domicilio o residencia del entrevistado) que en los municipios no tan grandes o no tan densos.

⁷

Navarra.

En cualquier caso sería falso sostener que la opinión favorable a la liberalización depende del acceso o “comodidad” del entrevistado para acceder a una farmacia. En realidad tenemos un 43-45% de población -o sea, la mitad de los que tienen opinión al respecto- de partidarios de la liberalización. El **motivo** es otro distinto al de la accesibilidad de farmacias: la consideración de que **las regulaciones de establecimiento suponen un monopolio “de facto” -con costes, para el consumidor y, “quizá”, para el sector público-**.

2.3. ¿Un farmacéutico “siempre” en la farmacia?

Ya se ha visto que los españoles, de acuerdo a los resultados de nuestro cuestionario, opinan que los medicamentos deben venderse en las farmacias pero que, para la mitad, aproximadamente, de la población, debería liberalizarse el establecimiento de nuevas farmacias. Si los medicamentos “tienen” que venderse en las farmacias pero podemos establecer éstas en cualquier lugar como ocurre con cualquier otro negocio privado, entonces el monopolio se rompe.

Sin embargo, aún así, ciertos elementos monopolistas podrían mantenerse si obligamos a la presencia de un farmacéutico, al menos, en cada farmacia. Siempre y cuando la profesión -de farmacéuticos- controlara la entrada en la misma -*numerus clausus* restrictivos en las facultades de farmacia- las condiciones de hecho del monopolio subsistirían en parte.

En el cuestionario se planteaba la siguiente pregunta:

“Cree usted que debe haber un farmacéutico siempre presente en las farmacias?”

- Sí
- No
- NS/NC”

Tabla 15. Opinión, según el sexo de los entrevistados, sobre si debe haber siempre un farmacéutico presente en las farmacias. (PORCENTAJES)

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Sí	87,3	92,0	89,7
No	11,2	6,7	8,9
NS/ NC	1,5	1,3	1,4
Nº casos	590	615	1205

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La inmensa mayor parte de la población -hasta el 90% prácticamente- opina que sí, que debe siempre haber un farmacéutico presente en las farmacias. La única variable socio-demográfica que estructura las respuestas es el sexo. Aunque siempre dentro de mayorías altas favorables a la presencia del farmacéutico, los varones son algo más críticos

con esa exigencia (11%) frente a las mujeres (7%) -diferencias estadísticamente significativas⁸-.

Por tanto, la opinión de la población, a partir de los resultados de nuestro cuestionario, no es favorable a que otros establecimientos expidan medicamentos -para los que se requiera receta- y, además, son firmemente favorables a la presencia de un farmacéutico en cada farmacia. Probablemente no tendría sentido afirmar que los medicamentos deben expedirse en las farmacias para luego sostener que no es necesaria la presencia en las mismas de un farmacéutico. Dicho de otro modo, **lo importante sería la presencia del farmacéutico, que sólo está garantizada en las farmacias**. Se trata, en definitiva, de la confianza que los entrevistados tienen en los profesionales.

Pero, a la vez, la mitad, o incluso algo más de la mitad, de la población que tiene opinión, sostiene que debería liberalizarse el establecimiento de farmacias. Por tanto el resultado para el sistema sanitario si se aplicara esta opinión, **el resultado en términos de ruptura real del monopolio, dependería del control, mayor o menor, del acceso a la profesión** -del número de farmacéuticos y de las exigencias para regentar o actuar como farmacéutico en una farmacia-.

E EL CONTROL SOBRE LOS ABUSOS DE LOS USUARIOS CONTRA EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

1 La percepción sobre la existencia de abusos contra el sistema sanitario

Como todo “bien público”⁹ el sistema sanitario tiende a sufrir los abusos de los consumidores. No se trata de una excepción, en absoluto, entre los bienes públicos, sino de un hecho general. Los poderes públicos deben intentar acabar con esos abusos y para ello deben utilizar diversos medios a su alcance de forma continuada. Ahora, sin embargo, estamos sólo constatando si existe una percepción, entre la población, de la comisión sistemática de abusos contra el sistema público de salud.

La pregunta del cuestionario es la siguiente:

“Cree usted que hay un abuso en la utilización de los servicios sanitarios públicos (consultas, urgencias, pruebas, etc)?

⁸ Chi-cuadrado < 0,001.

⁹ El concepto de “bien público” tal y como se usa en Sociología y en otras ramas de las Ciencias Sociales no necesariamente se refiere al bien de propiedad pública. Estrictamente hablando un bien público es aquel que se produce colectivamente -en el sentido de que “todos” colaboran en el coste de su producción- pero se “consume” privadamente.

- **Sí, la gente tiende a abusar de lo público.**
- **No, aunque haya algunos abusos, la gente en general es responsable.**
- **NS/NC”**

Tabla 16. Opinión, según el tamaño del hábitat de los entrevistados, sobre si hay abuso en el uso de los servicios sanitarios. (PORCENTAJES)

	Tamaño del hábitat de residencia			Total
	Hasta 50.000 hab	De 50.000 - 499.999 hab	Más de 500.000 hab	
Sí, la gente tiende a abusar de lo público	61,9	58,4	68,6	62,9
No, aunque haya algunos abusos, la gente en general es respo	33,2	36,8	25,7	32,0
NS/ NC	4,9	4,8	5,7	5,1
Nº casos	223	418	369	1010

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La tabla 16 muestra que **casi 2/3 de la población (63%) piensa que se cometen abusos sistemáticos contra el sistema**. No es nada anormal ni específico de la sanidad pública, aunque, ciertamente, al tratarse de un “bien público” de uso más universal que, por ejemplo, el sistema educativo, las pensiones o el seguro de desempleo, la conciencia sobre la existencia de abusos está más extendida.

La conciencia de la existencia de abusos es claramente superior en las ciudades grandes (69% de los entrevistados en ciudades de más de 500.000 habitantes piensan que los abusos existen) que en otro tipo de municipios o hábitats (58%, por ejemplo, en ciudades de tamaño medio).

Tabla 17. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si hay abuso en el uso de los servicios sanitarios. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Sí, la gente tiende a abusar de lo público	59,0	65,1	65,5	56,0	62,2
No, aunque haya algunos abusos, la gente en general es respo	35,2	31,1	30,2	36,6	32,8
NS/ NC	5,7	3,8	4,3	7,4	5,1
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,1

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

A menudo, a nivel social, uno de los “comentarios” más abundantes sobre esos abusos es el de que los mayores de 65 años (o sus allegados y familiares), dado que no tienen ningún tipo de “copago”, por ejemplo, en la adquisición de medicamentos, cometen abusos contra el sistema -particularmente, el farmacéutico-. Dicha visión “podría” incluir también el “abuso” de visitas a los centros de salud, urgencias, etc...

En cualquier caso, la tabla 17 muestra que hay una cierta relación entre edad y “visión” de los abusos contra el sistema. Incluso **la mayoría de los que tienen más de 65 años aprecian abuso general contra la sanidad pública (56%)**. Pero, a pesar de eso, **los grupos de otras edades tienden a ver los abusos con mayor frecuencia** (65-66% en los

grupos de edad desde 30 a 65 años). La tabla no es representativa¹⁰ porque el abuso es menos visto -siempre en términos muy relativos y con mayoría de los que “ven” abusos- por los menores de 30 años (59%). La relación entre edad y visión del comportamiento de “*freeridism*” (término inglés que se utiliza también en la literatura en castellano para denominar a este fenómeno) se vuelve no significativa porque el número de los menores de 30 años que lo “aprecian” es más bajo que el de los grupos de edad de entre 30 y 65 años. Si excluyéramos del análisis a los menores de 30 años la relación se volvería significativa.

Es probable que una pequeña parte de los mayores de 65 años no estén dispuestos a reconocer los abusos de los que pudieran ser virtualmente acusados.

2 La cuestión del copago virtual de servicios sanitarios como límite contra abusos

En muchas situaciones de abusos “privados” contra los “bienes públicos” se ha propuesto como solución el establecimiento de un sistema de “cupos monetarios” o “copago virtual” para solventarlo. Se trataría de un sistema que supusiera un “coste” psicológico por el uso, en este caso, de los servicios sanitarios públicos mediante el establecimiento del cobro de una pequeña cantidad, por cada atención sanitaria, que se devolvería, con posterioridad, al usuario. En el cuestionario se plantea esta posibilidad como una medida para frenar los abusos. No se trata de cobrar, realmente, nada al usuario, sino sólo de hacerlo temporalmente, con devolución posterior. Esa forma de “copago virtual” podría, sin embargo, tener efectos contra el uso innecesario de los servicios sanitarios públicos porque implica una especie de “coste psicológico” para el usuario o, al menos, una especie de concienciación acerca de los costes que supone un acto médico.

La pregunta que hace referencia a la posible implantación de dicho “copago virtual” se hizo sólo, como un filtro, a los individuos que contestaron previamente que “la gente tiende a abusar de lo público”:

“Se ha propuesto como solución la posibilidad de cobrar una pequeña cantidad, por cada atención médica, para evitar los abusos devolviéndose el dinero posteriormente. ¿Cree usted que es una buena medida?”

- Sí
- No
- NS/NC”

¹⁰ Chi-cuadrado = 0,12.

Tabla 18. Opinión, según la edad de los entrevistados que decían que existía abuso contra la sanidad pública, sobre la posibilidad de establecer un copago momentáneo por el uso de los servicios médicos. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Si	55,6	59,3	62,3	62,5	60,1
No	38,9	33,6	32,5	25,0	32,7
NS/ NC	5,6	7,1	5,3	12,5	7,2
Nº casos	144	241	228	136	749

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La mayoría de los entrevistados reconocen que ese sistema de “pago virtual” de los servicios sanitarios sería eficaz para frenar, al menos en parte, el abuso que sufren. El 60% de los entrevistados sostienen que ese sistema sería eficaz. El número de los que no lo consideran eficaz se reduce con la edad. El 39% de los menores de 30 años no consideran eficaz ese sistema, frente a sólo el 25% de los que tienen más de 65 años. La relación entre edad y los que sí consideran eficaz el “copago virtual” contra los abusos es menos fuerte, aunque también existe de forma muy tenue y poco representativa.

Pareciera como si aquellos que “socialmente” son más susceptibles de ser acusados de cometer abusos (aunque sólo sea, ciertamente, porque, debido a su edad, necesitan más del sistema) son los que defienden con más ahínco un sistema “correcto” que evite los abusos. Y decimos correcto porque seguramente piensan que es un sistema eficaz pero no injusto, pues no penaliza a los mayores de 65 años, aunque sí controla su comportamiento frente al sistema sanitario.

F EL MAYOR PROBLEMA DE LA SANIDAD PÚBLICA

En el cuestionario se incluyó una pregunta abierta sobre el mayor problema de la sanidad pública.

“¿Cuál considera que es el mayor problema de la sanidad?”

Tabla 19. Opinión, según la edad del entrevistado, sobre cuál sería el mayor problema de la sanidad pública. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Listas de espera y masificación	47,1	47,0	48,0	51,4	48,2
Escasez recursos humanos	12,3	11,4	13,2	8,2	11,5
Escasez recursos materiales	3,7	4,3	2,6	3,3	3,5
Eficacia en la organización sistema sanitario	6,6	8,4	9,8	6,2	8,0
Abusos de los usuarios	6,1	9,2	4,6	4,1	6,2
Financiación	2,9	4,1	3,2	0,4	2,8
Atención de los profesionales	8,6	6,5	8,9	7,8	7,9
No encuentra ningún problema	3,7	2,7	2,3	9,1	4,1
NS/NC	5,7	2,4	4,0	2,5	3,6
Otros	3,3	4,1	3,4	7,0	4,3
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La recodificación posterior dio lugar a un conjunto de respuestas que podían sintetizarse como aparece en la tabla 19 (para los distintos grupos de edad).

Las “listas de espera y la masificación” aparece de manera destacada como el principal problema del sistema (48% de los entrevistados). Las listas de espera constituyen, sin duda, una molestia que el público en general considera como un mal del sistema sanitario. Y sin duda tiene una parte de “mal” en tanto que consecuencia de ineficiencias del sistema, mala programación o distribución de los recursos en el mapa demográfico, etc... Pero son también algo inevitable, imprescindible, para controlar los abusos contra el sistema. Los poderes públicos deben actuar frente a ellas con el propósito de controlarlas, no de eliminarlas. Sería lo mismo que intentar eliminar los problemas del tráfico a base de hacer túneles sin fin. **Los túneles y la eliminación de las listas de espera por completo suponen un acicate para aumentar el tráfico en las carreteras y el número de personas que usarían los servicios sanitarios públicos.** Es, sin embargo, razonable que una buena parte de la población vea en esas listas el problema más grave del sistema. **Los mayores de 65 años -los usuarios más frecuentes del sistema- piensan aún en mayor proporción, en comparación con la población de menor edad, que las listas de espera son el principal problema.**

El segundo problema (casi es señalado por el 11,5% de la población) sería la escasez de recursos humanos (médicos, enfermeras, auxiliares,...). Obviamente tiene que ver con las listas de espera, pero tiene una vertiente algo diferente. Las listas de espera pueden ser tanto responsabilidad del sistema como de los usuarios (que “van demasiado” al médico o a otros tipos de servicios sanitarios), en tanto que la “escasez de recursos humanos” indica, específicamente, un defecto del sistema. En este caso es **la población más joven (menor de 65 años) la que concede más relevancia a este problema (12-13%)** frente a los mayores de 65 años (8%).

Otro 8% de los entrevistados señalan como principal problema la “**eficacia en la organización del sistema sanitario**”. En este caso se pone el acento en un problema

organizativo, más que en la falta de recursos o en el “abuso” de los usuarios que, en parte, provocan las listas de espera.

Al mismo nivel que en el caso anterior, otro 8% señalan como problema la “**atención de los profesionales**”, es decir la “mala atención” hacia los usuarios o pacientes. Se trata, en las expresiones de los entrevistados, de “escaso tiempo dedicado al paciente” o de “mala y escasa información sobre diagnósticos” o sobre cualquier otro aspecto relacionado con los tratamientos, o “trato despectivo del médico”... En fin, toda una batería de expresiones referidas a problemas de relación entre profesionales y pacientes.

Finalmente algo más de un 6% indican como principal problema el “abuso de los usuarios” de forma específica, prefiriendo esta forma de expresión (o muy similares) a la más genérica e inespecífica de “lista de espera”.

Luego viene una batería de problemas señalados por algunos entrevistados y que, debido al escaso número de ellos que los señalan, podríamos decir que “no son problemas” o que los españoles -a tenor de los resultados que nosotros hemos encontrado- no los ven como problemas del sistema sanitario.

- El 4% señalan de manera explícita que “no hay ningún problema”.
- El 3,5% señala la “escasez de recursos materiales”, poniendo de relieve, por el escaso número de entrevistados que señalan ese problema que en opinión de la población no hay escasez o falta de recursos materiales en la sanidad pública.
- El 2,8% se refieren a la “financiación”, o sea, a la escasa o a la inadecuada financiación de la sanidad pública.
- Hay otro 4% que indica “otros” problemas muy variados.

Si nos fijáramos en los problemas que señalan los entrevistados según su hábitat o tamaño del municipio en el que residen hay que decir que, al contrario de lo que ocurre con la edad, las diferencias no son significativas. Únicamente aparece un hecho relevante (puede consultarse la tabla correspondiente en el apéndice): en las grandes ciudades (mayores de 500.000 habitantes) se indica con una cierta mayor frecuencia la importancia, como problema de la sanidad pública, “la eficacia del sistema sanitario” -o sea, la “ineficacia”- constituyendo, para esa población, con el 10%, el 2º problema de la sanidad pública después de las listas de espera. Los ciudadanos que viven en grandes urbes son más críticos con la organización (el doble que en municipios menores de 50.000 habitantes), quizá porque son los que más padecen problemas de mala ubicación de infraestructuras sanitarias o largos tiempos de espera, largos viajes para utilizar los servicios, etc...

1 La causa principal de las listas de espera y su funcionalidad para el sistema sanitario

Después de haber preguntado a los entrevistados por el principal problema que, en su opinión, tiene el sistema sanitario público, y haciendo -antes de pasar el cuestionario- la hipótesis de que las listas de espera iban a aparecer como el principal, o uno de los principales problemas señalados, se pregunta, específicamente, por una batería de 4 preguntas sobre las mismas pidiendo a los entrevistados que manifiesten si están de acuerdo o no con cuatro afirmaciones sobre las listas de espera.

“Una de las cuestiones con más relevancia en los servicios sanitarios es la de las listas de espera. Indique si está de acuerdo o no con cada una de las siguientes afirmaciones sobre las mismas:

- **Las listas de espera muestran una ineficiencia en el sistema sanitario.**
- **El principal causante de las listas es el abuso de la gente sobre los servicios sanitarios.**
- **Las listas son necesarias para no provocar un uso indiscriminado de la sanidad.**
- **Las listas se reducirían con más inversión (más médicos, quirófanos, centros hospitalarios), aunque eso suponga que paguemos más impuestos o cotizaciones más elevadas.”**

Los propósitos de la pregunta son varios:

- En primer lugar, ver si la causa del problema de las listas de espera es la ineficiencia del sistema (primera de las posibilidades presentadas en el cuestionario) o el abuso de la gente sobre los servicios sanitarios (segunda posibilidad).
- En segundo lugar, apreciar hasta qué punto los entrevistados entienden que las listas de espera pueden ser un mecanismo necesario para no provocar un uso indiscriminado de la sanidad. Necesarias para no llegar al desbordamiento por exceso de usuarios. Quizá, incluso, pueden ser un mecanismo necesario para que sobreviva la sanidad pública y el propio Estado de Bienestar del que es uno de los pilares esenciales.
- Finalmente, en tercer lugar, indagar hasta qué punto los entrevistados estarían dispuestos a que se subieran los impuestos y/o las cotizaciones a la Seguridad Social para reducir las listas de espera (observemos que no se dice “eliminar las listas de espera”, pues ello supondría una contradicción para aquellos que las ven como necesarias para limitar los abusos contra la sanidad pública -posibilidad que se admite en la tercera de las preguntas-).

Tabla 20. Acuerdo o desacuerdo de los entrevistados sobre distintas afirmaciones acerca de las listas de espera. (PORCENTAJES)

	Acuerdo	Desacuerdo	Chi-cuadrado <
Muestra ineficacia del sistema sanitario	74,9	25,1	0,0001
La causa principal es el abuso de los usuarios	50,5	49,5	0,1
Las listas son necesarias para evitar abusos	48,5	50,5	0,1
Se reducirían con más inversión	78,5	21,5	0,0001

Nota: Porcentajes en horizontal. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 20 ofrece una síntesis de las respuestas a las cuatro preguntas sobre las listas de espera. Recordemos que se pide al entrevistado que manifieste su acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas.

Pues bien, **tres cuartas partes (75%) de los entrevistados, dicen estar de acuerdo con la primera afirmación: “las listas de espera manifiestan una ineficiencia del sistema sanitario”**. Pero es curioso, a la vez, que **algo más de la mitad de los entrevistados (50,5%) sostienen que la causa principal es el abuso de los usuarios**. Un 35% de los que afirman que las listas de espera son expresión de la ineficiencia del sistema sostienen, a la vez, que los usuarios son los responsables principales (y no, propiamente, el sistema). Dicha posición, que sostiene casi un 25% de toda la muestra sólo es “aparentemente” una contradicción, pues efectivamente las listas pueden expresar ineficiencia del sistema pero provocada por los usuarios y no tanto por los profesionales o “directores” de la sanidad.

Las respuestas a estas dos preguntas no siguen ninguna pauta específica (estadísticamente significativa) según la edad, el sexo o el hábitat de los entrevistados, salvo que en las **grandes ciudades se señala más frecuentemente el “abuso de los usuarios”** como causa de las listas (55% frente a sólo el 45% en los municipios más pequeños). O sea, **en las grandes ciudades la población tiende a ser más crítica, no sólo contra la organización del sistema, como se veía unos párrafos más arriba, sino también con el abuso de los usuarios contra el mismo** (crítica más fuerte contra el “*free rider*” -o “*gorrón*”, como a veces se llama en la literatura en castellano- que abusa de los bienes públicos).

Pero quizá son más interesantes las respuestas a la tercera de las preguntas, aquella que se refiere a la comprensión o no de las listas de espera -o de un cierto nivel de las listas de espera- como un mecanismo de defensa del sistema sanitario. **Casi la mitad de los entrevistados (48,5%) señalan que, efectivamente, se trata de un mecanismo de defensa del sistema** y que, por tanto, podemos deducir, sería contraproducente eliminarlas por completo. Pareciera que una parte de la población reconoce en las listas dos aspectos o partes:

- una parte de ellas es producida por ineficiencia del sistema pero
- otra parte sería producida por abusos contra el sistema y, en este caso, no hay que eliminarlas, pues actúan de freno contra esos mismos abusos.

Tabla 21. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre las causas de las listas de espera. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
De acuerdo	57,0	40,3	46,3	56,0	48,5
En desacuerdo	43,0	59,7	53,7	44,0	51,5
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 21 muestra el acuerdo o no de los entrevistados con la visión de las listas de espera como mecanismo de defensa, contra los “gorriones”, según la edad de los entrevistados. Y es curioso que sean **los más jóvenes (menores de 30 años) y los de más edad (mayores de 65 años) los más sensibles en defensa de dicho mecanismo de la sanidad pública**. Para la mayoría de ambos grupos de edad (56-57%) las listas de espera -se entiende, un cierto nivel de las mismas- son convenientes. En el caso de los grupos de edades intermedias esos porcentajes se reducen muy significativamente en un 10-16%.

Los jóvenes pueden ser más sensibles a los argumentos “racionales” en defensa del sistema público de salud. Uno de ellos -de poco más de 20 años- sostenía: “si se eliminan las listas de espera se elimina todo el sistema hospitalario -quería decir público-“. Pero, es curioso, **también los mayores de 65 años** -por lógica menos sensibles a argumentos racionales de este tipo- son defensores de dicha argumentación. En este caso creemos que esa defensa procede de la experiencia directa del “uso” y, a veces, “abuso” contra el sistema.

Tabla 22. Opinión, según el tamaño del hábitat de los entrevistados, sobre las causas de las listas de espera. (PORCENTAJES)

	Tamaño del hábitat de residencia			Total
	Hasta 50.000 hab	De 50.000 - 499.999 hab	Más de 500.000 hab	
De acuerdo	40,8	48,1	50,7	47,4
En desacuerdo	59,2	51,9	49,3	52,6
	223	418	369	1010

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 22 muestra, de forma muy parecida a como lo hacía la tabla 21 con respecto a la edad de los entrevistados, que **también en las grandes ciudades son más sensibles frente al problema del “gorrón”**. De manera muy significativa los entrevistados que habitan en ciudades están de acuerdo con esa visión en una proporción más elevada (10 puntos porcentuales) que en los municipios más pequeños. Continúa, pues, la visión crítica de las poblaciones urbanas tanto sobre el sistema sanitario como, también, sobre el mal uso del mismo por parte de la población.

Finalmente, sobre la pregunta de si estarían **dispuestos a que se subieran los impuestos y/o cotizaciones para reducir las listas de espera**, la gran mayoría de la población, de acuerdo a los resultados de nuestro cuestionario, afirma estar dispuesta a ello (78,5%) frente a un mero 21,5% que no estaría dispuesta. No hay ningún tipo de variable socio-demográfica relacionada con esta variable dependiente.

La respuesta a esta última pregunta indica, claramente, que los entrevistados distinguen entre dos aspectos, o dos partes, en las listas de espera, aquella parte debida a la insuficiencia de recursos (sobre todo humanos) y aquella necesaria para evitar mayores abusos sobre el sistema sanitario. Así, **no habría ninguna contradicción, para un conjunto relevante de entrevistados, entre la afirmación de que es necesario invertir más en la sanidad pública -aunque eso suponga una subida de impuestos- y la afirmación de que cierto nivel de listas de espera es necesario para que no se descontrolo los abusos por parte de los usuarios.**

G LA IGUALDAD DE LOS CIUDADANOS ANTE EL SISTEMA SANITARIO

Uno de los aspectos claves o fundamentales del Estado de Bienestar es la igualdad de todos los ciudadanos ante el mismo. Del sistema sanitario, como de otros sistemas ligados al Estado de Bienestar, debiera poder decirse -idealmente- que trata “burocráticamente” a todos los ciudadanos. El término “burocráticamente” significa, en este caso, que no hace acepción de personas. Se trataría de aplicar al Estado de Bienestar el lema de “todos iguales ante la ley”.

En España, la descentralización administrativa y política que ha producido el llamado “Estado de las Autonomías” ha podido provocar diferencias en el trato que los ciudadanos reciben de determinadas instancias de la administración pública. En la medida en que la sanidad pública es uno de los ámbitos objeto de descentralización -no sólo administrativa, sino también política, pues los gobiernos autonómicos tienen, en parte, capacidad de decisión política real sobre hasta dónde debe llegar la sanidad pública- es posible que la “igualdad” ante el Estado de Bienestar y, particularmente, ante la Sanidad Pública, no se esté respetando.

1 El reconocimiento de la relativa igualdad de los españoles ante la sanidad pública

En nuestro cuestionario se pregunta por el reconocimiento de esa posible existencia de diferencias frente al sistema sanitario según la comunidad autónoma en la que se resida:

“Se dice que existen ciertas diferencias en la calidad de la atención sanitaria que se ofrece en las distintas CCAA. ¿Piensa usted que existen tales diferencias?”

- Sí
- No
- NS/NC”

Es una de las preguntas que más indecisos (si por tales hemos de tomar los que no contestan a la pregunta) ha provocado en nuestro cuestionario (38,7%).

Tabla 23. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre la existencia o no de diferencias de calidad en la atención sanitaria en las distintas CCAA. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Si	54,9	46,5	46,8	37,4	46,5
No	16,0	13,0	14,9	16,5	14,9
NS/ NC	29,1	40,5	38,2	46,1	38,7
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Entre los que optan por una de las dos respuestas útiles (sí o no) hay tres veces más entre los que afirman que tales diferencias existen (46% frente a 15% que afirman que no existen esas diferencias). **Los españoles**, a tenor de los resultados de nuestro cuestionario, **son pues conscientes de la existencia de diferencias entre los sistemas sanitarios de unas comunidades u otras** (aunque un elevado número no tienen opinión). Esto no significa, naturalmente, que se esté acusando al “Estado de las Autonomías” de tales diferencias, pues se podría reconocer lo mismo en un estado poco o nada descentralizado si se preguntara sobre las diferencias interregionales en materia sanitaria.

Lo cierto es, no obstante, que en el Estado de las Autonomías los ciudadanos pueden acusar a la estructura territorial autonómica de ser la causante de esas diferencias y, por tanto, esa estructura no es inocente o no puede pasar por serlo.

En la tabla 23 puede apreciarse que las “diferencias”, sean hipotéticas o reales, son **más percibidas a medida que la población es más joven**¹¹. El 55% de los menores de 30 años creen que tales diferencias existen. Sólo el 37% de los mayores de 65 años afirma lo mismo. En todos los grupos de edad hay un número relativamente constante y cercano al 15% que sostiene que no hay diferencias. Lo que varía, también, es pues el número de los que no tienen opinión o no la manifiestan (que pasa del 29% en el caso de los menores de 30 años al 46% entre los mayores de 65 años). Probablemente es una cuestión de “información” general el hecho de que los jóvenes afirmen, con más frecuencia, que esas diferencias existen.

Algo similar (puede verse el apéndice de tablas) ocurre si analizamos las respuestas por sexo. Los que más perciben esas diferencias son los varones (52% frente a 41% entre las mujeres) lo que, de nuevo, creemos que tiene que ver con un problema de “información”.

2 La causa de las desigualdades intercomunitarias

¹¹ Chi-cuadrado < 0,001.

A aquellos que contestaron que sí había diferencias en la atención sanitaria que se presta en diferencias comunidades autónomas, se les preguntó, además, por la causa de esas diferencias:

“¿A qué cree que se debe?

- **A los distintos presupuestos económicos de las diferencias CCAA**
- **A que algunas (CCAA) gestionan mejor su sistema de salud**
- **NS/NC”**

La opinión más destacada es (49%) la de que algunas comunidades autónomas gestionan mejor su sistema de salud. La otra alternativa, o sea, la diferencia presupuestaria -que expresa auténtica autonomía- es elegida por el 42% de los entrevistados (siempre entre los que contestaron que había diferencias en la atención sanitaria que los usuarios reciben en las distintas comunidades autónomas). No hay, pues, una atribución clara de la causa de la diferencia de trato sanitario. Ninguna variable socio-demográfica está relacionada con las respuestas a esta pregunta.

IV LA ESTRUCTURA SOCIAL Y LOS LIMITES DEL DERECHO SANITARIO

Las variables independientes de “estructura social”

En el apartado anterior se ha analizado la visión sobre el derecho social a la salud y los límites del mismo a partir de algunas variables socio-demográficas (sexo, edad y hábitat - o tamaño del municipio de residencia-).

En este apartado vamos a analizar la visión que sobre la extensión y límites del derecho social a la salud se tiene de acuerdo a cuatro variables representativas de la “estructura social”. Las cuatro variables (recogidas de varios indicadores en el cuestionario y posteriormente recodificadas a los efectos de simplificar el número de sus valores) son:

1. **La situación laboral.** Se trata de una variable que sólo recoge a la población laboral (630 entrevistados del total de 1205 que es el tamaño de la muestra general -sin tener en cuenta el caso de las submuestras para el análisis de las políticas familiares o de las de dependencia que analizaremos más adelante-). Al reducirse, lógicamente, el número de individuos en situación laboral, con respecto a la muestra general, a poco más del 50% de la muestra no podemos hacer muchos subgrupos relativos a su situación laboral. Quizá hubiera sido interesante hacer un grupo, por ejemplo de empresarios, pero ha resultado imposible porque sería un grupo tan pequeño que prácticamente nunca obtendríamos resultados estadísticamente representativos sobre dicho subgrupo. Nos hemos visto obligados, entonces, a reducir el número de subgrupos a 3:
 - Asalariados (390 de los 630 casos).
 - Funcionarios (85 casos) de cualquier administración pública.
 - No asalariados (98 casos) que incluyen sobre todo a autónomos, pero también al pequeño grupo de empresarios -casi todos ellos pequeños empresarios-.¹²

Ya con esta división estamos haciendo grupos pequeños y nos arriesgamos fuertemente a encontrar pocos resultados estadísticamente significativos al hablar de la opinión de dichos grupos.

2. **El nivel de estudios.** En el Informe FIPROS del mes de febrero de 2006 utilizamos esta variable con gran éxito a la hora de explicar ciertas opiniones,

¹² Hay un individuo inclasificable -él mismo respondió que no podía clasificarse en ningún tipo de situación laboral...-.

por ejemplo sobre el seguro de desempleo. Creemos que es una variable representativa no sólo de una estructura de “conocimiento” o “información” sobre asuntos socio-políticos, sino, también, de unas ciertas diferencias socio-económicas. Es evidente que no podemos decir, en nuestra sociedad, que los que tienen estudios superiores sean de clase social alta, ni siquiera, en términos estrictos, de clase media-alta. Pero es cierto que conforman un grupo con mayor estabilidad laboral, salarios más elevados y con una, se supone, mayor “información”. Hemos dividido esta variable en otros 3 subgrupos (para los, en este caso, 1181 individuos que podemos clasificar -hubo 21 casos de no respuesta o de entrevistados que no supieron contestar-):

- 368 entrevistados afirman que no cursaron ningún curso superior a los de estudios primarios. Están incluidos aquí todos los que, además, afirmaron no tener ninguna clase de estudios -muy pocos-.

- 426 individuos que afirman no haber cursado ningún curso superior a los de bachillerato o de formación profesional de 2º grado.

- 300 entrevistados que afirman haber cursado algún curso superior a bachillerato o formación profesional de 2º grado. Con uno de esos cursos basta para ser clasificados en este grupo. Los que cursaron PREU (Estudios Preuniversitarios) o COU (Curso de Orientación Universitaria) son clasificados en este grupo. Al hacer esto somos conscientes de haber forzado un poco la ampliación de este grupo, pero creemos que en el pasado el cursar PREU o COU tenía un “prestigio” equivalente, si no superior, a algunos títulos universitarios actuales e indicaba una posición socio-cultural, probablemente, mayor que el de algunos titulados universitarios actuales. En realidad se ha hecho así por no establecer un cuarto subgrupo, o sea, para conseguir resultados estadísticamente significativos con mayor facilidad.

3. **La clase social.** Se trata también de tres subgrupos de “clase social de adscripción” (o subjetiva), es decir, en función de la concepción que de sí mismos tienen los entrevistados con respecto a su “clasificación” social. Si se quiere podemos llamar a esta variable “clase social auto-adscriptiva” pues respetamos la identidad manifestada por el entrevistado en este sentido.

También en este caso hemos logrado clasificar a 1181 individuos (21 fueron clasificados como NS/NC -sin respuesta-). Los subgrupos son:

- Clase alta: 116 individuos que sostenían pertenecer a la clase alta o a la clase media alta.

- Clase media: 678 individuos que afirmaban pertenecer a la clase media -a secas-.

- Clase baja: 285 casos que dijeron pertenecer a la clase media baja o a la clase baja.

Como puede apreciarse el primer subgrupo (clase alta) es relativamente pequeño y eso supone un pequeño problema a la hora de encontrar resultados significativos...

4. **La autoubicación ideológica política** de los individuos según una escala desde la Extrema Izquierda a la Extrema Derecha. En este caso tenemos 726 individuos clasificados. El número de los que no contestaron a esta pregunta es, como se podía prever, alto.

Los tres subgrupos, en este caso son:

- Izquierda: 368 entrevistados que decían ser “ideológicamente” de Extrema Izquierda, Izquierda, o Centro Izquierda.
- Centro: 227 individuos que sostuvieron, simplemente, que eran de Centro.
- Derecha: 131 casos en los que el entrevistado afirmó ser de Centro-Derecha, Derecha o Extrema Derecha.

Es de gran interés saber si estas variables independientes de estructura social explican posiciones diferentes frente al que hemos venido en llamar derecho social a la salud o “derecho sanitario”, entendiendo siempre que se trata de un “derecho” a ser tratados y atendidos por el sistema sanitario o de salud “público” o a “cargo” del Estado u otras administraciones públicas.

A LA COBERTURA DEL DERECHO SOCIAL A LA “SANIDAD”

La primera cuestión que nos planteamos, al igual que lo hicimos en el apartado anterior utilizando variables socio-demográficas, es a quién o quiénes debe llegar el derecho social a la “sanidad”. Ya sabemos que en opinión de la inmensa mayoría de los entrevistados la sanidad debe cubrir a todos los “ciudadanos” españoles sin excepción. No es que hiciéramos esa pregunta en el cuestionario, pues suponíamos la respuesta. Pero sí hicimos la relativa a los inmigrantes que residen legalmente en España y si, en ese caso, sólo el 7% (ver tabla 1 al inicio del apartado anterior) negaba el derecho social a la sanidad pública a esos inmigrantes, todavía en menor número (de ese 7%) lo negarían a los ciudadanos españoles (sólo lo harían aquellos que piensan que “toda sanidad pública” es mala *per se* -no deben ser muchos a tenor de nuestros resultados-).

1 El derecho de los inmigrantes legales a la sanidad pública

El 89% de los entrevistados piensa que los inmigrantes legales, como ya se vio, tienen derecho a la sanidad pública. Ya se señaló que parecen pensar que la “residencia” legal otorga, automáticamente, ese derecho.

De lo que se trata ahora es de ver si tal reconocimiento es relativamente más o menos afirmado o negado por alguno de los grupos sociales que hemos establecido para las cuatro variables representativas de la estructura social española.

La “clase social de adscripción” no tiene que ver con ese reconocimiento. Esto quiere decir que tanto los que se ubican en la clase alta como en la media o la baja tienen la misma opinión sobre este asunto y, en todos los casos, piensan que los inmigrantes legales tienen ese derecho en, aproximadamente, un 90% de los casos.

Sí tienen algo que ver, con el derecho de los inmigrantes legales a la sanidad, las otras variables de estructura social, aunque ligeramente. El reconocimiento de ese derecho es algo mayor a medida que el nivel de estudios aumenta. O sea, los que tienen estudios universitarios reconocen ese derecho para los inmigrantes legales en el 93,5% de los casos, frente al 89,5% en el caso de los que tienen estudios básicos o ningún estudio. Las diferencias son pequeñas (4%) y no llegan a ser significativas¹³, pero es probable que vayan indicando una tendencia -veremos más adelante si se confirma- en el sentido de que los peor situados ante el mercado de trabajo tienden a ver en la inmigración una competencia. De momento esa tendencia aún no podemos deducir que exista.

Sí es significativa la diferencia existente entre los “no asalariados” y el resto de los que tienen ocupación laboral (como asalariados o como funcionarios). Recordemos que los “no asalariados” son, en casi el 100% de los casos, trabajadores autónomos o empresarios. Aunque también entre ellos los que reconocen ese derecho a los inmigrantes legales son mayoría (86%), hay un 12% que no lo reconocen, frente a sólo el 6% entre los asalariados y entre los funcionarios (no hay diferencias entre estos dos últimos grupos). Puede verse, a estos efectos, la tabla en el apéndice.

¹³ El que las diferencias no sean significativas quiere decir que no podemos afirmar con seguridad que los que tienen estudios superiores sean más favorables al derecho de los inmigrantes a la sanidad pública que los que tienen estudios básicos solamente.

Tabla 24. Opinión, según la ideología política de adscripción de los entrevistados, sobre el derecho de los inmigrantes legales a la atención sanitaria pública. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Sí	95,3	90,8	86,2	91,0
No	4,4	7,2	12,5	7,2
NS/ NC	0,3	2,0	1,3	1,7
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,00

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Donde las diferencias son más importantes -aunque no deben magnificarse- es entre los grupos ideológicos. **A medida que los entrevistados se ubican hacia la izquierda más fácil es que reconozcan el derecho de los inmigrantes legales a la sanidad pública.** Por ejemplo, entre los que se sitúan en la “izquierda” sólo deniegan el derecho el 4%, mientras que los que se autoubican en la “derecha” lo deniegan en el 12% de los casos (situándose los de “centro” en una posición intermedia). Las diferencias no son abultadas (pues sigue siendo verdad que la mayoría de los que se sitúan en la derecha reconocen los derechos sociales -al menos el de sanidad- a los inmigrantes legales) pero son significativas.

2 El caso de los inmigrantes “ilegales”

Debemos recordar que el reconocimiento del derecho de los inmigrantes legales a la sanidad pública no se reproduce, al menos en las mismas proporciones, para los **inmigrantes ilegales o “sin papeles”** -como se expresaba en el cuestionario-. En este caso podríamos dividir a la población entre **una mitad que sí reconocería ese derecho, una cuarta parte que lo reconocería sólo para casos de gravedad -enfermedad o situación sanitaria grave- y otra cuarta parte que no lo reconocería en absoluto** (dicho todo en términos muy aproximados).

Tabla 25. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre si los inmigrantes “sin papeles” deberían tener acceso a la sanidad pública. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
Sí	44,0	49,7	53,7	48,8
Depende de la gravedad de la situación	24,3	23,2	20,8	23,0
No	28,5	25,6	23,9	26,1
NS/ NC	3,2	1,5	1,6	2,1
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,1

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 25 recoge unos resultados que no son significativos estadísticamente (aunque no faltaría mucho para que lo fueran). La causa, a pesar de que se aprecia una pauta clara en las opiniones, es el tamaño muestral de estos grupos. Tomemos la pauta de la tabla como una señal, no como una verdad estadística. Tal señal es, sin embargo, evidente: a medida que aumenta el nivel de estudios más fácilmente se reconoce el derecho de los inmigrantes

ilegales a la sanidad pública. Los del grupo de estudios más bajo (sin estudios o primaria) lo reconocen en el 44% de los casos, frente al 54% entre los que tienen estudios superiores. En cambio, es más alto el número de los que afirman, entre los que tienen el más bajo nivel de estudios, que los inmigrantes ilegales no deberían tener ese derecho o que sólo deberían tenerlo en caso de gravedad (sanitaria).

Podemos decir que, efectivamente, **a medida que el nivel de estudios es menor el reconocimiento del derecho es menor** y que la causa es, probablemente, que **una parte de los que tienen escasos estudios ven en la inmigración una competencia directa para ellos en el mercado de trabajo** (donde su posición es, obviamente más débil, que la de los que tienen estudios más elevados).

No hay, de nuevo, como ocurría para los inmigrantes legales, ninguna diferencia significativa de opinión entre los tres grupos en que hemos clasificado la variable “clase social”.

Tabla 26. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados, sobre si los inmigrantes "sin papeles" deberían tener derecho a la sanidad pública. (PORCENTAJES)

	Situación laboral			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
Sí	53,1	48,2	48,4	51,6
Depende de la gravedad de la situación	20,1	18,4	25,8	20,6
No	25,8	32,5	22,6	26,5
NS/ NC	0,9	0,9	3,2	1,3
Nº casos	422	114	93	629

Chi-cuadrado < 0,1

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La opinión de los entrevistados según su situación laboral no es significativa (de nuevo el problema del tamaño de los grupos aparece) pero hay ciertos signos claros:

- **los asalariados reconocen más fácilmente el derecho a los ilegales (53%)**
- los “no-asalariados” lo deniegan con más fuerza (32,5%) y
- los funcionarios son, relativamente los que más tienden, a opinar que “depende de la situación” en que se encuentre el ilegal en materia de salud. (26%).

Lo más relevante, a nuestro modo de ver es que, sin embargo **las diferencias son pequeñas.**

Tabla 27. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre si los inmigrantes "sin papeles" deberían tener derecho a la sanidad pública. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Sí	59,1	45,6	35,5	48,9
Depende de la gravedad de la situación	21,0	22,4	27,6	22,9
No	18,7	30,0	36,2	26,1
NS/ NC	1,3	2,0	0,7	2,2
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La variable que mejor explica las diferencias de opinión sobre el derecho social de los inmigrantes ilegales a la sanidad pública es, como ocurría en el caso del derecho de los inmigrantes legales, la ideología del entrevistado. Las diferencias son, en el caso de los inmigrantes ilegales, aún más abultadas.

Los que se ubican en la izquierda reconocen el derecho en un 59% de los casos y lo deniegan en términos absolutos en un 19%. En el otro extremo, los que se ubican en la derecha lo reconocen en un 35,5% y lo deniegan en términos absolutos en un 36%. Es decir, entre los que se ubican a la derecha hay prácticamente el mismo número de los que reconocen el derecho como de los que lo deniegan. En el caso de la izquierda por cada uno que lo deniega hay 3 que lo conceden sin matices. Los de centro ocupan, claramente, una posición intermedia.

Las condiciones del acceso de los inmigrantes “sin papeles” a la sanidad pública

Ante la pregunta filtro, a los que reconocen el derecho de los inmigrantes sin papeles a la sanidad pública o a los que lo reconocen sólo en situación de “gravedad” para la salud del inmigrante, sobre si los inmigrantes sin papeles deberían estar empadronados para gozar del derecho social a la sanidad pública nos encontramos que **el 55% de los entrevistados que reconocen el derecho (totalmente o sólo en casos de gravedad) afirman que los inmigrantes debieran estar empadronados.** El 37%, en cambio, opina que no. Lógicamente entre los que sólo reconocen el derecho en casos de gravedad son mayoría (casi el 80%) los que afirman que los inmigrantes debieran estar empadronados.

Tabla 28. Opinión, según la clase social de adscripción del entrevistado, sobre si los inmigrantes "sin papeles" debieran estar empadronados para recibir atención sanitaria. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Sí	64,6	53,2	54,6	55,1
No	33,3	39,1	34,9	37,1
NS/ NC	2,0	7,6	10,5	7,7
Nº casos	99	524	229	852

Chi-cuadrado = 0,1

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Los individuos de clase social alta sostienen con más fuerza que los inmigrantes ilegales deberían estar empadronados (64%) -lo que representa un 10% más que en las otras dos clases sociales-.

En clara correlación con esta exigencia de **los individuos de clase alta, que exigen más frecuentemente el empadronamiento como condición del derecho, los “no asalariados” (recordemos que bajo este epíteto nos referimos a los trabajadores autónomos y a los empresarios) son los que también defienden con más ahínco la condición del empadronamiento (63%)**. Los asalariados (esencialmente del sector privado de la economía) que reconocen total o parcialmente el derecho a la sanidad pública de los inmigrantes “sin papeles” sólo ponen como condición el empadronamiento en el 53% de los casos (diez puntos porcentuales menos que los no asalariados). Los funcionarios están prácticamente en una posición intermedia.

Como puede verse el apéndice de tablas, **los que tienen menos estudios (“sin estudios o estudios de primaria”) serían más exigentes con los “sin papeles”** a la hora de reconocerles el derecho a la sanidad, pues opinan más frecuentemente que los inmigrantes deberían estar empadronados para gozar total o “parcialmente” -en caso de enfermedad o situación grave de salud-. Entre los que tienen este nivel de estudios bajo, los que piensan que deberían estar empadronados representan el 60,5% -puede verse la tabla en el apéndice-. En los grupos de estudios más altos (medios o superiores) el porcentaje de los que exigirían el empadronamiento cae al 52-53%.

De manera que tenemos una situación clara en la que **los que tienen menos estudios (con una posición en el mercado de trabajo más débil) conceden el derecho a la sanidad en un menor número de casos que los que tienen estudios superiores y, además, cuando lo conceden lo hacen poniendo ciertas condiciones, como el empadronamiento**. A su lado, pero por razones muy distintas, los que se autoubican en la clase “alta” y los “no asalariados” -en buena medida se trata del mismo grupo social- también deniegan en más ocasiones el derecho sanitario a los ilegales y, cuando lo reconocen, ponen más frecuentemente la condición del empadronamiento como filtro para gozar de ese derecho.

Tabla 29. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre si los inmigrantes “sin papeles” deberían estar empadronados para acceder a la sanidad pública. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Sí	51,1	52,9	65,6	55,1
No	41,1	42,4	28,1	37,1
NS/ NC	7,8	4,7	6,3	7,7
Nº casos	309	170	96	575

Chi-cuadrado = 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Es la **autoubicación ideológica, sin embargo, la variable clave en la explicación de quiénes conceden más frecuentemente el derecho social a la sanidad para los inmigrantes sin papeles**, y, de hecho, para todos los inmigrantes en general, y, cuando lo

hacen, **lo hacen sin restricciones** -sin exigir que la enfermedad sea grave ni que estén empadronados-.

Como se aprecia en la tabla 29 **la distinción, en este caso, no es entre los tres grupos sociales definidos según su ideología, sino entre, por un lado la “derecha” y, por otro el “centro” y la “izquierda”** que ante esta situación tienen “exactamente” la misma opinión. Entre los que se autodefinen como de “derecha” los que conceden el derecho total o parcialmente a los inmigrantes ilegales lo hacen más frecuentemente bajo la condición de que estén empadronados (66%) -sólo el 28% lo reconocería sin esa condición-. Por el contrario, entre los de “centro” e “izquierda” exigirían el empadronamiento en poco más de la mitad de los casos (51-53%) o sea, 13 o 15% menos que en el primero de los grupos sociales.

Es interesante, aunque no podemos presentar las tablas debido a que los tamaños de los grupos no son suficientemente grandes como para obtener resultados concluyentes o significativos, el hecho de que **si controlamos la situación laboral o la clase social por la ideología el efecto de esas dos primeras variables quedaría neutralizado**. No ocurriría lo mismo con los estudios.

Esto nos llevaría a una conclusión relevante: es la ideología la que mejor explica el reconocimiento del derecho a la sanidad pública de los inmigrantes sin papeles en condiciones restrictivas o no. Ocurre que, además, esa ideología correlaciona -relativamente- con la clase social y la situación ocupacional o laboral -entre los autónomos y los empresarios hay más entrevistados que se autoubican en la derecha-.

Pero permanece un efecto independiente (que no está afectado por la ideología) en el hecho de que **los que no tienen estudios o los tienen sólo a nivel de primaria reconocen el derecho a la sanidad de los ilegales “sólo con condiciones” en más ocasiones que en el caso de los que tienen estudios de nivel medio o alto**. Esto ocurre porque nos encontramos con un número relevante de entrevistados con escasos estudios, que se ubican en la izquierda y que, sin embargo, tienen una posición más dura hacia la inmigración como consecuencia, creemos, de su posición más débil en el mercado de trabajo.

Se trata de una opinión matizada que, desde nuestro punto de vista, sin embargo, puede hacerse mucho más fuerte, en el futuro, si empeoraran las condiciones en el mercado de trabajo.

3 Los menores “sin papeles” y su derecho a la sanidad pública

Ya hemos visto más arriba, cómo, a nivel general, la opinión sobre el derecho a la sanidad de los “menores sin papeles” es “más generosa” que en el caso de los inmigrantes ilegales “sin más” -o sea, mayores de edad-. Dado que en este último caso se les considera, por parte de un cierto sector de la población española -que es minoritaria en conjunto-

responsables que su situación, a veces se les deniega el derecho a la sanidad pública o se concede éste con condiciones -sólo en graves situaciones o si están empadronados-.

El 83% de los españoles -en tanto que nuestra encuesta refleje la opinión real del conjunto de la sociedad (como esperamos en muchos casos, como éste)- **opina que los inmigrantes menores sin papeles deben gozar de plenos derechos en materia de derechos sanitarios** (sólo el 14% denegarían el mismo o pondrían ciertas condiciones -hay un 3% que no contesta a la pregunta-).

Un aspecto diferencial en estas respuestas, frente a las que veíamos en la concesión del derecho a los inmigrantes ilegales (mayores de edad), es que desaparece toda influencia, por ejemplo, de la clase social. **Los de clase alta, media o baja reconocen el derecho en la misma proporción** -sin diferencias estadísticas significativas- (en el 81-84% en los tres casos).

Se mantienen, no obstante, pequeñas diferencias cuando analizamos la opinión de los diversos grupos según son situación o condición laboral. Los asalariados reconocen algo más este derecho a los “menores” ilegales (85%) que los no asalariados (79%) -los funcionarios quedarían, como anteriormente, en una posición intermedia-. Las diferencias son estadísticamente significativas pero pequeñas.

Tabla 30. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre si los inmigrantes menores "sin papeles" deberían tener acceso a la atención sanitaria pública. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Sí	92,0	81,2	76,3	83,2
No	7,3	15,2	22,4	14,2
NS/ NC	0,8	3,6	1,3	2,7
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 30 muestra que la ideología es clave para explicar ciertas diferencias de opinión. Al hablar de estas diferencias, como ocurre en otros muchos casos, debemos siempre relativizarlas, pues -como ocurre ahora- todos los grupos ideológicos tienen una opinión claramente favorable a que el derecho sanitario sea reconocido, sin más, a los inmigrantes menores en “situación de ilegalidad” -sus padres son inmigrantes ilegales o ellos mismos han entrado ilegalmente en el país¹⁴-.

Es cierto, no obstante, y estadísticamente significativo, que **los que están a la izquierda conceden el derecho con más frecuencia (92%) que los que están a la derecha**

¹⁴ Debemos tener cuidado al definir a un inmigrante menor como ilegal, pues en muchos casos la opinión se refiere a ellos simplemente como los que han entrado ilegalmente en el país, sin caer en la cuenta de que, muchas veces, no se trata verdaderamente de ilegales, pues España no puede “abandonarlos” sin más y, por tanto, su posible “ilegalidad” es muchas veces un mero concepto que se refiere a la forma de entrada en el país.

(76%) -en un 81% en el caso de los de centro-. Al revés ocurre, naturalmente, si nos referimos a cuántas veces se deniega el derecho a la sanidad para los menores ilegales: desde el 7% en la izquierda al 22% en la derecha. Pero al mismo tiempo que reconocemos estas diferencias, no ha de olvidarse que la gran mayoría conceden, en este caso, el derecho en cualquiera de los grupos sociales.

De nuevo se mantiene un cierto efecto independiente del nivel de estudios sobre la concesión del derecho a los menores ilegales. El efecto es, en este caso, menor que al hablar de las condiciones y la concesión del derecho sanitario a los inmigrantes ilegales -mayores de edad-. Aunque un efecto menor, es, no obstante, estadísticamente significativo. De nuevo los que son algo más reacios a reconocer el derecho son los que tienen estudios de un nivel inferior. La ruptura es más clara aquí entre los que tienen estudios medios y superiores, o sea, los que tienen estudios medios tienen, prácticamente, una opinión igual a los que tienen estudios de nivel de primaria o no tienen estudios. **Los de estudios superiores conceden el derecho en el 89% de los casos y entre los otros grupos el nivel baja a casi el 80%.**

Debe aclararse que se ha realizado un control de si la relación entre estudios y ciertas opiniones -por ejemplo ésta- se mantiene cuando se tiene en cuenta la edad. Es obvio que dado que los que tienen más edad es más difícil que tengan estudios superiores podría ocurrir que el efecto del nivel de estudios sobre ciertas opiniones no se mantuviera cuando los individuos tienen la misma edad. Dicho en otros términos, si eso fuera cierto no podríamos hablar de ningún efecto del nivel de estudios, sino de la edad, sobre la opinión de que se tratará. No ocurre tal fenómeno: **el efecto de los estudios es independiente de la edad.** Las tablas, frecuentemente, no son estadísticamente significativas al efectuar ese control por un problema de tamaño muestral, pero todo va en la dirección de la existencia de ese efecto independiente del nivel de estudios. Lo mismo ocurre cuando se ha analizado una posible interferencia de la variable sexo -habida cuenta que, en el pasado al menos, las mujeres tenían niveles educativos inferiores-. De nuevo, como para el caso de la edad, el efecto del nivel de estudios se mantiene.

4 La ciudadanía social y la Unión Europea

El otro límite analizado en cuanto a la extensión de la cobertura de la “ciudadanía social”, por lo que se refiere a la sanidad pública (lo que también venimos en llamar “derecho sanitario”), es el caso de los ciudadanos de otros países de la Unión Europea. Recordemos que, en este caso, planteábamos a nuestros entrevistados dos preguntas acerca

1º de si en el caso de que una persona de otro país de la Unión esté de vacaciones en España y necesitara ayuda sanitaria, debería prestársele tal ayuda con cargo a la sanidad pública española y

2º de si se debería exigir el pago de los gastos, que tal ciudadano ocasionara en España, al sistema sanitario público del país de origen o residencia del ciudadano europeo.

A la primera de las preguntas el 58,5% de la muestra respondió que sí, que la sanidad española pública debería atender a tal ciudadano que “necesita atención médica no urgente” - que eran los términos exactos planteados en el cuestionario-. El 38%, en cambio, opinaba que no había que atender a tal ciudadano. No es, probablemente, que piensen que debe denegarse la atención, sino que tal atención debería pagarse, o bien por el ciudadano extranjero o por su sistema sanitario público -más probablemente la opinión de ese 38% es esta última-.

Tabla 31. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre si los europeos de visita en España debieran ser atendidos por la sanidad pública española en casos no urgentes y a cargo de la sanidad española. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Sí	52,7	58,2	60,5	58,5
No	45,0	38,2	36,3	38,2
NS/NC	2,3	3,7	3,2	3,3
Nº casos	129	739	314	1182

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

En este caso **ni la ideología ni el nivel de estudios tienen ningún efecto estructurante sobre las respuestas de los entrevistados. En los tres grupos ideológicos las respuestas son estadísticamente las mismas y coincidentes con el de la muestra general** comentado en el párrafo anterior. Pero, en cambio, si tenemos diferencias significativas según la clase social a la que se adscriben los individuos. **Los de clase baja son, relativamente, más generosos con los ciudadanos extranjeros de la Unión Europea** si, mientras pasan sus vacaciones en España, precisan atención médica no urgente. El 60,5% de ellos opina que deben ser tratados por la sanidad española y a cargo de ésta. Muy cerca de ese grupo, el 58% de los de clase media, piensa lo mismo. Pero entre los de clase alta esa opinión sólo es mantenida por el 52%. Diferencias no demasiado grandes pero significativas por lo que se refiere a las diferencias entre la clase alta y las otras dos clases.

Probablemente no se trata de una mayor falta de solidaridad entre los ciudadanos españoles de clase alta con sus conciudadanos europeos. Los ciudadanos de clase alta salen al extranjero más que los ciudadanos de las otras dos clases sociales y deberían, en consecuencia, ser más sensibles a que, en situación de una necesidad no urgente de atención sanitaria, fueran atendidos en el país extranjero europeo a cargo de la sanidad de ese país. Y así ocurre, efectivamente, con la mayoría de los que se adscriben a esa clase social. Pero, probablemente, **la “clase alta” española es más sensible a argumentos favorables a que sea la sanidad del país de origen el que se haga cargo, financieramente, de la situación del “veraneante” en el extranjero** pues, en caso contrario, siendo España un país netamente turístico, se produciría, realmente, un traspaso de rentas, a otros países. Más aún si se tiene en

cuenta una cierta tendencia de personas mayores procedentes del norte de Europa a pasar largas estancias en las zonas cálidas de España.

Tabla 32. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados, sobre si los europeos de visita en España debieran ser atendidos por la sanidad pública española en casos no urgentes y a cargo de la sanidad española. (PORCENTAJES)

	Situación laboral			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
Sí	58,5	57,0	47,3	56,7
No	38,6	40,4	50,5	40,6
NS/ NC	2,8	2,6	2,2	2,7
Nº casos	422	114	93	629

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Interesante es también la respuesta de los entrevistados según su situación laboral (“asalariados”, “no-asalariados” y “funcionarios”). No hay diferencias en la opinión de los dos primeros grupos, como se aprecia en la tabla 32. Sin embargo, aparece una diferencia, estadísticamente significativa, en la opinión de los “funcionarios”. En este caso, frente al 57-58,5% de los otros dos grupos que piensa que debe **atenderse al ciudadano europeo de vacaciones con cargo a la sanidad española, los funcionarios que piensan lo mismo son “sólo” el 47%** (la mayoría de ellos piensa que no debería procederse de tal forma). Sin duda, podríamos decir, se trata de una opinión “responsable” -sin que atribuyamos a dicha expresión ningún componente moral- de “profesionales” de los servicios públicos que probablemente creen que no puede darse “gratis” dicha atención. Es casi seguro que **no se trata, ni entre este grupo, ni en los otros dos, de que se deniegue la atención, sino de que tal atención sea gratis**, pues se acabaría creando un sistema desfavorable de intercambio para España o para “el sistema sanitario público” español.

La segunda de las preguntas se refiere a si, después de atender al ciudadano europeo (sin pedir “permiso financiero” al país de origen, por tanto) debería pasarse la minuta al sistema sanitario público de su país. No es contradictorio, queremos resaltarlo, decir que debe atenderse “con cargo a la sanidad española” al ciudadano europeo de vacaciones en España con el hecho de que luego, ante la segunda pregunta, y por obvias razones de intercambio “justo” entre los distintos sistema sanitarios, se sostenga que se debería exigir al país de origen que reintegrara los gastos ocasionados por su ciudadano al sistema español.

Efectivamente, el 71% de los entrevistados, a nivel general, responden que deberían reintegrarse tales costes y sólo el 8% dice que no. Hay un 18% que sostiene (estamos recordando datos que ya habíamos comentado más arriba) que no debería exigirse al país de procedencia el reintegro de los costes porque entonces ocurriría lo mismo con los ciudadanos españoles de visita en otro país de la Unión.

Si atendemos a la ideología de los entrevistados, los que se definen como de “derecha” son algo más conscientes de la necesidad de que se reintegre el coste por el país extranjero a la sanidad española (así lo afirma el 22% frente a porcentajes inferiores en la izquierda (18%) o el “centro” (14%). Pero las diferencias no son altas.

No hay diferencias relevantes entre la opinión de las distintas clases sociales, ni entre los distintos grupos según su situación laboral, salvo por el hecho -en parte comentado- de que los funcionarios piensan en mayor proporción -algo mayor solamente- que debe exigirse tal reintegro.

Tabla 33. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre si los países de europeos atendidos por la sanidad española, o ellos mismos, deben reintegrar los costes de dicha atención. (PORCENTAJES).

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
Sí	67,9	73,3	72,0	71,1
No, porque entonces también pasaría lo mismo con los español	18,2	18,1	18,0	18,1
No, en ningún caso	5,8	6,2	7,8	6,5
NS/ NC	8,0	2,3	2,2	4,2
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Las diferencias más relevantes están entre los distintos grupos según su nivel de estudios. Los que menor nivel tienen son los que menos veces exigen que se produzca o se exija el reintegro de los gastos ocasionados en la sanidad española por los ciudadanos europeos que están de vacaciones. Sin embargo las diferencias, aunque significativas, no son grandes.

En resumen, pareciera que, los ciudadanos españoles reconocen el derecho de los ciudadanos europeos de vacaciones en España a que se les atienda si necesitan cuidados médicos no urgentes, sin exigir una garantía previa de contraprestación económica por parte de la sanidad pública extranjera. Pero la mayoría de ellos piensa que tal contraprestación debe exigirse a posteriori, incluso aunque ocurra lo mismo con los ciudadanos españoles de vacaciones en el extranjero. Los funcionarios y la clase social alta parecen ser los más sensibles al pago por los servicios entre los distintos sistemas sanitarios públicos europeos.

B LOS LIMITES DE LAS PRESTACIONES

1 La extensión de las prestaciones del sistema público de salud

Interesantes son las respuestas de los distintos grupos sociales ante la extensión de las prestaciones del sistema público de salud. Recordemos, en este sentido, que en nuestro cuestionario nos referíamos a 5 prestaciones:

- Los reconocimientos, exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas por interés de terceros (como en el caso de una empresa de autobuses que pida pruebas de consumo de droga a los conductores). Estas pruebas sólo son legalmente

exigibles si están en convenio o si son voluntariamente aceptadas por el trabajador (por una mera cuestión de respeto a la privacidad). Pero lo relevante aquí no es eso, sino el hecho de lo que opinan los entrevistados (cuando la empresa pide el reconocimiento y el trabajador lo permite -si está en convenio-... ¿debe pagarlo la sanidad pública?). Según la legislación actual es la empresa la que debe pagar las pruebas¹⁵.

- La cirugía estética que no sea por enfermedad ...
- Los tratamientos bucodentales normales que no respondan a procesos agudos o graves.
- Las gafas para personas con problemas de visión.
- Las pruebas generales a la población para la detección de ciertos tipos de cáncer.

Tabla 34. Opinión favorable, según la clase social de adscripción del entrevistado, para incluir las siguientes prestaciones en el sistema sanitario público. (PORCENTAJES).

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Reconocimientos, exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas por interés de terceros (por ejemplo, una empresa de autobuses que pida pruebas de consumo de droga a los conductores)	31,8	31,7	36,9	32,9
Cirugía estética que no sea por enfermedad, malformaciones congénitas o accidentes	12,4	11,2	7,3	10,3
Tratamientos bucodentales normales que no respondan a procesos agudos o graves	86,0	88,8	93,9	89,9
Gafas para personas con problemas de visión	83,7	89,4	92,4	89,5
Pruebas generales a la población de detección de ciertos tipos de cáncer (p.e. cáncer de mama)	97,7	97,8	100,0	98,4

Nota: Ver Chi-cuadrados en Apéndice de tablas.

Datos en porcentajes. Elaboración propia a partir del cuestionario.

La tabla 34 nos recuerda las respuestas globales de nuestros entrevistados ante estas preguntas. Recordemos que casi todos los entrevistados (98,5%) piensan que las pruebas generales para detectar ciertos tipos de cáncer (en el cuestionario se ponía el ejemplo del “cáncer de mama”) deberían ser costeadas por la sanidad pública. También las gafas o los tratamientos bucodentales normales deberían ser costeados por la sanidad pública en opinión del 89% de la muestra. En cambio, los reconocimientos exigidos por una empresa para un trabajador -ya sabemos que legalmente debe tenerse el permiso de éste- sólo deberían ser pagados por la sanidad pública en opinión del 33% de los entrevistados. Y en el caso de la

¹⁵ El Tribunal Constitucional (<http://www.infosalud.com/noticia.asp?id=5983> -consulta hecha el día 21 de diciembre de 2007 a las 18,15 horas) sostiene que “como regla general” -los reconocimientos pedidos por una empresa para un trabajador- son voluntarios para los trabajadores y que sólo pueden imponerse si únicamente está en juego la salud del propio trabajador o en determinados sectores -económicos- encaminados a la protección frente a riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. El tribunal aclara que: “es libre para disponer de la vigilancia de la salud sometiendo o no a los reconocimientos en atención a las circunstancias y valoraciones que estime pertinentes para la decisión”. Ello puede estar restringido por circunstancias muy especiales.

cirugía estética que no responda a una enfermedad, malformación o accidente, sólo el 10% piensa que debería ser costeado por la sanidad pública.

Pero la tabla 34 nos ofrece algunas diferencias en las respuestas según la clase social. La clase social “baja” admite un poco más fácilmente que los reconocimientos pedidos por una empresa para sus trabajadores sean costeados por la sanidad pública -probablemente muchos de ellos no saben que lo costea la empresa-. Esa misma clase social sostiene con más ahínco que ninguna de las otras que las pruebas frente a ciertos tipos de cáncer (100%) o los tratamientos bucodentales normales (94%) o las gafas necesarias para los que tienen problemas de visión (92%) sean costeados por la sanidad pública. Los porcentajes con significativamente inferiores en las otras clases sociales, aunque apenas es perceptible esto en el caso de la detección de cánceres. En el caso de las gafas, por ejemplo, “sólo” el 84% de los de clase alta -frente al 92%- piensa que la sanidad pública debería costearlas.

Una relevante curiosidad es que mientras la clase baja sólo admitiría en un 7% que la sanidad pública costeara la cirugía estética que no responda a necesidades derivadas de enfermedad, malformación o accidente, la clase alta lo haría en el 12,5% de los casos.

En general, pues, **las clases bajas (seguidas, lógicamente, de las clases medias) son las que con más insistencia piensan que “cualquier” proceso derivado de una enfermedad o necesidad debería ser incluido en el derecho sanitario**, aunque debe resaltarse, sobre todo, que **se trata de una opinión generalizada y que la adscripción a una clase social sólo explica cuestiones de matices. Aquellos procesos sanitarios que, en cambio, no respondan a una situación de “enfermedad” o “necesidad” no deberían incluirse en el derecho** (caso del reconocimiento pedido por la empresa o de la cirugía estética por razones, valga en este caso la redundancia, “estéticas”).

Tabla 35. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados, sobre la inclusión de los reconocimientos, exámenes u otras pruebas médicas, a petición de terceros interesados (como una empresa sobre sus trabajadores). (PORCENTAJES)

	Situación laboral			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
Incluirse	27,7	35,1	19,4	27,8
No incluirse	72,3	64,9	80,6	72,2
Nº casos	422	114	93	629

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 35 nos muestra cómo **los intereses personales -lo que es lógico- fija las opiniones sobre la extensión de la sanidad pública**. Es el caso de la opinión sobre si los reconocimientos pedidos por las empresas deberían o no ser costeados por la sanidad pública. El 28% de los que tienen actividad laboral piensa que sí (en la muestra general ese 28% subía al 33%, seguramente porque los que tienen actividad laboral saben, en una mayor proporción que la población en general, que esos reconocimientos son pagados por las empresas). Entre **el grupo de “no-asalariados”, entre los cuales están los empresarios, el porcentaje de los que piensan que debe pagar los reconocimientos el sistema público sube al 35%**. Ese

porcentaje debe ser comparado con el de los que tienen actividad laboral (28%) y con otros grupos, como el de **los funcionarios, que piensan eso sólo en el 19% de los casos** o los asalariados -objeto del reconocimiento médico- que sólo lo afirman en el 28% de los casos.

Naturalmente los que realmente pagan los reconocimientos “laborales” de los trabajadores -los empresarios- serían los más interesados en que esos costes los pagara la sanidad pública.

Los funcionarios son, en cambio, el grupo más sensible ante las necesidades de gafas o de tratamientos bucodentales (el 95%, prácticamente en ambos tipos de enfermedades, dicen que esas necesidades son parte del derecho sanitario). Para el caso de la detección de “ciertos” tipos de cáncer todos los grupos sociales, incluidos los funcionarios, son igual y “casi totalmente” sensibles. De manera que **el caso de los funcionarios es curioso porque es el grupo, según la situación laboral, más generoso para con los ciudadanos a la hora de defender la inclusión en el derecho sanitario de todos los procesos debidos a “enfermedad” pero los más exigentes en que el derecho no se expanda a otros procesos que no tienen que ver con una situación de “necesidad” real.**

El nivel de estudios no tiene relación con la opinión sobre la extensión del derecho social sanitario que estamos analizando, salvo con respecto a la cobertura de los reconocimientos médicos de tipo laboral que pagan las empresas. **Son los que tienen estudios superiores los que más se oponen a que sea la sanidad pública la que cubra esos reconocimientos.** Sólo el 25% de ellos (frente a porcentajes del 35-36% en los otros grupos según el nivel de estudios) piensa que los reconocimientos debería costearlos la sanidad pública.

Tabla 36. Opinión, según la ideología de los entrevistados, sobre la inclusión de los reconocimientos, exámenes u otras pruebas médicas, a petición de terceros interesados (como una empresa sobre sus trabajadores). (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Incluirse	27,7	31,6	36,2	32,9
No Incluirse	72,3	68,4	63,8	67,1
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado <0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Los distintos grupos ideológicos no tienen diferentes opiniones en cuanto a la extensión del derecho sanitario con respecto a los “procesos” debidos a enfermedad o carencias físicas como la necesidad de gafas, la detección de ciertos cánceres o los tratamientos bucodentales. Tanto la derecha, como el centro o la izquierda piensan, estadísticamente lo mismo, y de forma muy mayoritaria, que el derecho sanitario debería incluir los costes de esos tratamientos.

En cambio, como prueba la tabla 36, hay ciertas diferencias en cuanto a la cobertura, por la sanidad pública, de los reconocimientos médicos pedidos por las empresas. En

coherencia con lo dicho sobre este tema al mencionar que los “no asalariados” son más partidarios de dicha cobertura, también lo son los de “derecha” (36%) frente a los demás (entre los de “izquierda” ese porcentaje se reduce al 28%). También, aunque las diferencias son menores, los que se autoubican en la “derecha” son algo más partidarios de incluir la cirugía estética en el derecho sanitario (15% frente a 9% entre los de “izquierda”).

Los que se ubican, pues, en la “derecha” son algo más partidarios que los que se ubican en la “izquierda” en la inclusión en el derecho sanitario de tratamientos que no se originen en procesos de enfermedad o de prevención de la misma (caso de la detección de cáncer). En cambio, frente a estos últimos procesos no hay diferencias ideológicas en cuanto al amplio reconocimiento -más importante en el caso de la detección de ciertos tipos de cáncer- de que la sanidad pública debiera cubrir los costes.

C EL COSTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

1 La financiación de los gastos de la Sanidad Pública

Hemos de recordar que prácticamente dos tercios de los entrevistados defienden un sistema mixto de financiación de la sanidad pública (en parte por la vía de las cotizaciones de empresas y trabajadores a la Seguridad Social y en parte por la vía de los presupuestos generales -o sea, a través de los impuestos generales-).

Tabla 37. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre la forma de financiación de la Seguridad Social. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
Con cargo sólo a los presupuestos públicos	14,1	13,9	12,7	13,6
Con cargo sólo a las cotizaciones	10,0	7,0	7,5	8,2
Fórmula mixta (presupuestos + cotizaciones)	55,5	68,4	73,3	65,3
NS/ NC	20,4	10,7	6,5	12,9
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado <0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 37 nos recuerda que, a nivel general, el número de los que piensan en un sistema de financiación exclusivamente por la vía de los impuestos generales es sólo del 14% y por la vía únicamente de las cotizaciones un mero 8% -con un relativamente alto porcentaje de entrevistados que no contestan-. Es significativo que entre los que no tienen estudios el porcentaje que baja es el de la fórmula mixta de financiación: 55,5% frente a porcentajes claramente superiores entre los que tienen un nivel de estudios más alto (por ejemplo, el 73% entre los que tienen estudios superiores).

Esta opinión, un tanto particular, de los que tienen un bajo nivel de estudios, se debe, casi exclusivamente, a una “cierta” ignorancia o a un real “carecer de opinión” sobre este tema. El número de los que “no saben o no contestan” es muy elevado entre ellos.

Tabla 38. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados, sobre la forma de financiación de la Seguridad Social. (PORCENTAJES)

	Situación laboral			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
Con cargo sólo a los presupuestos públicos	12,6	12,3	18,3	13,3
Con cargo sólo a las cotizaciones	5,9	13,2	5,4	7,1
Fórmula mixta (presupuestos + cotizaciones)	71,6	64,0	66,7	69,5
NS/ NC	10,0	10,5	9,7	10,0
Nº casos	422	114	93	629

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Aunque no podemos hacer un análisis estadísticamente representativo de la opinión sobre el sistema de financiación del sistema público según la situación laboral de los entrevistados (el tamaño de los subgrupos según esta variable es pequeño), sí son estadísticamente representativos los siguientes resultados:

1º Que los funcionarios son partidarios (66,7%) de la fórmula mixta de financiación (que es la claramente la fórmula preferida por la mayor parte los individuos de toda la muestra) tienen una cierta inclinación (18%) por la financiación exclusivamente a través de los impuestos generales -con eliminación de todo tipo de cotizaciones-.

2º Que, los “no asalariados” -la mayoría de ellos son “autónomos”- también tienen una preferencia por la fórmula mixta (64%) pero algunos de ellos (13%), más que en otros grupos, se inclinan por una financiación exclusivamente por la vía de las cotizaciones. Examinados si los que dan esta respuesta son empresarios o autónomos -estos segundos mayoría dentro de este grupo- resulta que el 97,5% de ellos son autónomos. Así que lo que esta respuesta mostraría es una cierta aversión de los “autónomos” hacia cualquier posible subida de impuestos.

No existen diferencias estadísticamente representativas en la opinión sobre este tema de los distintos grupos ideológicos o de clase social.

2 El sistema de copago de los medicamentos

El establecimiento de sistemas de copago de los medicamentos propende al control del gasto sanitario -en este caso en materia farmacéutica-. En nuestro cuestionario, como se recordará, se ha preguntado por acuerdo o no con el hecho de que los enfermos crónicos o graves paguen el 10% de los medicamentos o productos sanitarios que precisan. La pregunta se refería a

- si el entrevistado estaba de acuerdo con ese porcentaje,
- si los crónicos debieran pagar más,
- si el porcentaje concreto debería depender del nivel de ingresos del enfermo crónico o
- si, en este caso, los medicamentos debieran ser totalmente gratuitos.

La pregunta intenta recoger la opinión genérica sobre los sistemas de copago y no sobre el copago de los enfermos crónicos en particular. La primera respuesta (se está de acuerdo con el sistema actual del 10%) plasma la opinión de que debe utilizarse, en general, un sistema de copago pero que la parte que paga el “enfermo” debe ser pequeña -se supone que el entrevistado que admite esta idea puede, fácilmente, admitir el hecho de que el enfermo “no crónico” pague más del 10% (sistema actual)-.

Los que contestan que debieran pagar más serían partidarios de sistemas de copago más duros para fortalecer el control del gasto social en materia, cuando menos, farmacéutica - si no, también, en otros ámbitos sanitarios-.

Los que responden que debería tenerse en cuenta el nivel de ingresos del enfermo ven el sistema sanitario público como una “política social” no totalmente universalista-igualitaria sino que la verían como una política con una mayor tendencia a la “redistribución de rentas”.

Finalmente, quienes creen que los medicamentos debieran ser totalmente gratuitos no admiten el sistema de copago como modo de control del gasto.

Tabla 39. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre si el copago de los enfermos crónicos en farmacia debe mantenerse o no. (PORCENTAJES).

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Sí	29,8	33,2	33,6	32,8
No, deberían pagarán más	0,3	2,4	0,7	1,2
No, deberían ser gratuitos	35,5	39,6	42,1	37,7
Depende del nivel de ingresos	32,9	24,4	23,7	27,1
NS/ NC	1,6	0,4	0,0	1,3
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Recordemos que los que piensan que los medicamentos deberían ser totalmente gratuitos (para los enfermos crónicos) son el 37% (poco más de la tercera parte) de los entrevistados. Otro tercio de ellos (33%) opina que está bien la situación actual, un suave sistema de copago, para evitar “abusos” -incluso de los enfermos crónicos-. Algo menos de otro tercio (27%) opina que el nivel del copago debiera depender del nivel de ingresos del enfermo crónico -esta opinión implica una visión más radical sobre el Estado de Bienestar, más inclinada al restablecimiento de la justicia social y a la redistribución y menos al igualitarismo-. Casi nadie opina que los enfermos crónicos debieran pagar más.

El copago proporcional a los ingresos (sistema desigual o redistributivo) es algo más propio de la izquierda ideológica (33%) que del centro o la derecha (24-25%). Cierta izquierda tiene, ciertamente, una visión del Estado de Bienestar como factor de restablecimiento de la “justicia social” que el mercado, hasta cierto punto al menos, destruye. El Estado de Bienestar siempre se ha movido entre sus fines universalistas y sus fines para restablecer la justicia social. Lo cierto es que no puede renunciar a los primeros sin poner en riesgo político los segundos. Es por ello, quizá, que esa opinión de que el copago debiera depender del nivel de ingresos representa una profundización de la función “justiciera” del Estado de Bienestar que podría ser, políticamente, más bien “corpoplacista”.

A medida que vamos hacia la derecha, en cambio, más abunda la opinión, relativamente, de que los medicamentos debieran ser totalmente gratuitos para los enfermos crónicos (42% en la derecha frente a 35,5% en la izquierda). **La derecha defendería más los fines universalistas-igualitarios del Estado de Bienestar**, en el ámbito sanitario.

Tabla 40. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre si el copago de los enfermos crónicos en farmacia debe mantenerse o no. (PORCENTAJES).

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Sí	37,2	35,3	24,8	32,8
No, deberían pagarán más	0,0	1,5	1,0	1,2
No, deberían ser gratuitos	32,6	36,9	41,1	37,7
Depende del nivel de ingresos	30,2	24,9	31,2	27,1
NS/ NC	0,0	1,4	1,9	1,3
Nº casos	129	739	314	1182

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Si analizamos los resultados según la clase social descubrimos efectos independientes de los que se producen a partir de la ideología. La visión de que las opiniones de la clase alta son las de la “derecha” y las de la clase baja las de la “izquierda” es relativamente falsa. La tabla 40 muestra cómo **la defensa de la total gratuidad de los medicamentos para los enfermos crónicos aumenta a medida que la clase social es más baja**: desde el 32,5% entre los que se autodefinen como de “clase alta” hasta el 41% entre los que se autodefinen como de “clase baja”. Ello es lógico pues los de clase baja tenderán más fácilmente a pensar que los enfermos crónicos -y probablemente cualquier enfermo en general- no debe pagar por los medicamentos, pues ello siempre supone para ellos un esfuerzo económico mayor.

El acuerdo con el sistema actual, de un ligero “copago”, es mayor, por el contrario, entre los de clase alta (37%) que entre los de clase baja (25%). Es, por tanto, **la clase alta la que más defiende algún sistema de copago universal**. Curiosamente la posibilidad de ligar el nivel del copago al nivel de ingresos del enfermo es particularmente defendido por las clases altas (pues no estarían preocupadas por pagar más por los medicamentos que consumen, dado que ello apenas afectaría a sus niveles de vida) y por las bajas (pues probablemente piensan que establecer un sistema proporcional de copago no podría, en ningún caso, perjudicarles a ellos) que por las clases “medias” (probablemente serían las perjudicadas).

La gratuidad plena es más defendida, también, por quienes tienen niveles bajos de estudios (44,5%) que por los que tienen niveles superiores de estudios (27%). Estos últimos están, en cambio, más de acuerdo con el sistema actual (41,5%) que los primeros (29%).

Tabla 41. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados, sobre si el copago de los enfermos crónicos en farmacia debe mantenerse o no. (PORCENTAJES).

	Situación laboral			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
Sí	33,6	38,6	36,6	35,1
No, deberían pagarán más	0,9	2,6	1,1	1,3
No, deberían ser gratuitos	36,3	37,7	24,7	34,8
Depende del nivel de ingresos	28,0	19,3	36,6	27,6
NS/ NC	1,2	1,8	1,1	1,3
Nº casos	422	114	93	629

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 41 prueba que **los funcionarios tienen, relativamente, una visión del Estado de Bienestar como sistema de restablecimiento de la justicia social (37%)** -pues ligarían el nivel del copago al nivel de ingresos- frente a los otros grupos según su situación laboral. Particularmente bajo es ese sentimiento entre los **“no-asalariados (19%)**. Estos últimos **están mucho más de acuerdo con el sistema actual (38,5%) o con el sistema totalmente gratuito (otro 38%)** -esta última posibilidad abriría las puertas a los “free-riders”.

Los asalariados tienen una opinión intermedia entre la de los funcionarios y la de los “no-asalariados”. Son más bien partidarios de la gratuidad total o del sistema actual y menos de hacer depender el copago del nivel de ingresos.

D EL DERECHO SOCIAL A LA SANIDAD Y LA OFERTA PRIVADA DE SANIDAD

1 La privatización de la oferta sanitaria pública

Como ya se señaló más arriba, el Estado de Bienestar, en particular el sistema sanitario, no requiere que la oferta sanitaria esté en manos públicas -de hecho ya ocurre así con el sistema farmacéutico-. Lo que el Estado de Bienestar garantizaría, como “derecho social a la sanidad” es el pago de las demandas o necesidades de salud. Sin embargo, en el país se ha tenido una práctica -en particular en el sistema estrictamente sanitario (no en el farmacéutico, como se ha dicho)- de que también la oferta es pública -los hospitales o centros públicos de salud son de propiedad pública, los médicos y profesionales de la enfermería funcionarios (o casi), etc...-.

La posibilidad de que la oferta sanitaria se privatice no es más que una de las posibles medidas de racionalización de los costes sanitarios (puede que no la más eficaz, aunque sea vista como tal por una parte de los expertos). En cualquier caso la intención de la pregunta de nuestro cuestionario sobre la posibilidad de privatizar una parte de esos servicios es la de “mejorar el sistema sanitario” -en eficiencia- y no tanto el hecho, en sí, de la privatización.

Tabla 42. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre la privatización de la oferta sanitaria pública. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
No	51,6	34,4	17,8	37,3
Sí	41,7	53,2	70,4	52,3
NS/ NC	6,7	12,4	11,8	10,4
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La autoubicación ideológica está fuertemente relacionada con la defensa o no de que se privatice la oferta de los servicios prestados por el Estado de Bienestar, particularmente si nos referimos, como es el caso, a los servicios sanitarios. **Los que se autoubican en la derecha son mucho más partidarios de que se privaticen dichos servicios (70,5% a favor frente al 18% que se opondría).** **La izquierda, aunque no tan polarizada, tiene una opinión diferente: el 51,5% de los que se ubican en esa posición ideológica se opondría a la privatización de la oferta** del sistema sanitario público, aunque un 42% lo admitiría -para la mejora de la eficiencia del sistema-. La clara visión, en este asunto, en la posición ideológica de derecha (junto a un porcentaje, relativamente alto de la izquierda que no se opone, augura, si esas posiciones se mantienen en el futuro, una posibilidad política de que tal idea llegue a expandirse, al menos con respecto al sistema sanitario. **Los que se autoubican en el centro tienen una posición intermedia, pero con una mayoría que aceptaría la solución privatizadora.** En el conjunto de la muestra acaba imponiéndose una mayoría clara favorable a la privatización: 52% frente al 33% que se opondría.

La clase social subjetiva -la clase social a la que se adscriben los entrevistados- tiene, sin embargo, una relación menos intensa con la defensa o no de la privatización de los servicios sanitarios públicos. En todas las clases sociales, incluida la baja, domina una idea de aceptación de la privatización -si ello mejora la calidad del servicio-, aunque, ciertamente, en esa clase los que se oponen son una parte algo mayor que en las clases media o alta (42% frente a 34-35%). **Lo que esto prueba, al menos, es que ninguna clase social se opone, no ya a la privatización *per se*, sino a posibles reformas estructurales que mejoren la eficiencia y eficacia del sistema por muy arraigadas prácticas o estructuras que se alterasen.** Puede consultarse la tabla correspondiente en el apéndice.

Tabla 43. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre la privatización de la oferta sanitaria pública. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
No	28,5	43,1	40,1	37,3
Sí	57,9	50,1	48,4	52,3
NS/ NC	13,6	6,8	11,5	10,4
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

También son claras las mayorías defensoras de una posible privatización si atentemos al nivel de estudios de los entrevistados. En este caso (tabla 43) de los defensores del “sí” no son mayoría en todos los grupos de nivel de estudios. Curiosamente la mayoría es sólo relativa en el caso de los que tienen estudios superiores (48,5%). En este grupo el número de opuestos es del 40%, con un número de indecisos relativamente alto para este grupo social (11,5%). Esto contrasta con la posición de los que tienen un nivel de estudios bajo (sin estudios o sólo con estudios primarios), que defenderían la privatización en un 58% y sólo se opondría a ella en un 28,5%. La oposición es también relativamente alta entre los que tienen estudios medios (43%).

Es posible que la relativamente alta oposición (siempre teniendo en cuenta que las mayorías relativas o absolutas son favorables) a la privatización entre los de estudios medios y superiores podría proceder del hecho de que no es claro que la privatización mejore el sistema. Puede existir una opinión tendente a ver en la “oferta pública” de la sanidad un elemento de capacidad y eficacia importante (por ejemplo, en materia de inversiones técnicas).

Tabla 44. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados, sobre la privatización de la oferta sanitaria pública. (PORCENTAJES)

	Situación laboral			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
No	38,9	30,7	57,0	40,0
Sí	51,9	62,3	34,4	51,1
NS/ NC	9,2	7,0	8,6	8,9
Nº casos	422	114	93	629

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Finalmente es interesante constatar la opinión de los tres grupos según su situación laboral. **Los “no-asalariados” son los más claramente defensores de la privatización**, como se ve en la tabla 44. El 62% de ellos creen que la privatización de la oferta sanitaria sería positivo para que el sistema mejorara en su funcionamiento. Sólo el 31% de ellos sería crítico con la privatización. La posición de los **asalariados es algo más matizada, pero favorable claramente a la privatización** (52%) frente al mantenimiento de la “oferta pública” (39%).

El grupo más claramente contrario a la privatización de la oferta sanitaria de todos los analizados (no sólo de los tres subgrupos establecidos según la situación laboral de los entrevistados) es el de los funcionarios. Sólo el 34,5% de ellos sería favorable a la privatización, frente a un 57% que se opondría (sería favorable al mantenimiento del sistema bajo la égida de la “oferta pública” del sistema sanitario). Los funcionarios son conscientes de que buena parte de sus carreras e, incluso, de sus puestos de trabajo dependen de la existencia de un fuerte sector público ligado a la subsistencia de una oferta pública de los servicios sociales ligados al Estado de Bienestar, entre ellos la sanidad.

2 Las regulaciones sobre la expedición de productos farmacéuticos

Otra posible reforma para una posible mejora de la eficiencia del sistema sanitario, como se vio anteriormente en el capítulo dedicado al análisis del cuestionario a partir de las variables socio-demográficas, está en la desregulación del “monopolio” farmacéutico - monopolio en tanto en cuanto las farmacias controlan un territorio demográfico y en tanto en cuanto sólo las farmacias están autorizadas para la venta de medicamentos para los que se requiere receta-.

3 El monopolio farmacéutico sobre la expedición de los medicamentos

La pregunta, como se recordará, que hace referencia a la situación de monopolio de las farmacias pregunta a los entrevistados si se debería permitir que otros establecimientos, con ciertas regulaciones, vendieran medicamentos “sin receta”.

La ideología política de los entrevistados no tiene ninguna relación con las respuestas dadas por los entrevistados a esta pregunta. Básicamente en los tres grupos ideológicos (izquierda, dentro y derecha) la respuesta es la misma que la respuesta de toda la muestra: el 80% se oponen a que se vendan medicamentos, para los que no se requiere receta, en establecimientos distintos a las farmacias (sólo el 18% admitiría tal posibilidad). En este sentido **se mantendría el monopolio en opinión de las tres “ideologías políticas”**.

Tabla 45. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre si otros establecimientos distintos de las farmacias deberían o no poder expender medicamentos para los que no se necesita receta. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Sí	32,6	16,4	15,6	18,2
No	65,1	82,3	82,2	80,2
NS/ NC	2,3	1,4	2,2	1,7
Nº casos	129	739	314	1182

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Aparece una distinción clara y estadísticamente significativa si analizamos las respuestas de los entrevistados según la clase social de adscripción -a la que afirman pertenecer-. No hay diferencias importantes entre las clases medias o bajas (un 82% sería favorable, en ambos casos, al mantenimiento del monopolio). Pero **entre las clases altas los partidarios del monopolio se reducen al 65%**. Claramente, pues, es también mayoritaria la opinión, en el seno de la “clase alta” en pro de que los medicamentos para cuya expedición no se requiere receta se mantenga como un monopolio farmacéutico. Pero un 32,5% en esta clase social sería favorable a la ruptura del monopolio. El dato es minoritario, pero representa el doble de partidarios, que en otras clases sociales, para que otros establecimientos pudieran vender esos productos. Es, pues, una clase social más crítica con la posición de las farmacias en el sistema sanitario.

Tabla 46. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre si otros establecimientos distintos de las farmacias deberían o no poder expender medicamentos para los que no se necesita receta. (PORCENTAJES).

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
Sí	13,4	18,3	23,9	18,1
No	84,2	80,8	74,2	80,2
NS/ NC	2,4	0,9	1,9	1,7
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Hay una **evidente relación entre el nivel de estudios y la opinión en este ámbito**. Como se aprecia en la tabla 46, **a medida que el nivel de estudios aumenta la opinión favorable a la venta de productos médicos (para cuya expedición no se requiere receta médica) en establecimientos independientes de las farmacias, también crece**. Entre los que no tienen estudios o su nivel es sólo de primaria la opinión favorable a la libertad de expedición es del 13%, en tanto que entre los que tienen estudios superiores esa opinión alcanza al 24%. La opinión es, pues, siempre favorable al mantenimiento del monopolio, pero aumenta, con el nivel de estudios, el grupo de los que estarían dispuestos a romperlo.

Los “no-asalariados” (autónomos y empresarios) son, entre los grupos según su situación laboral, los más partidarios de la ruptura del monopolio de las farmacias para este tipo de medicamentos (27%).

Respecto a los medicamentos para cuya expedición es necesaria una receta médica, aspecto sobre el que también se hizo una pregunta en el cuestionario, debemos recordar que el 85% de los entrevistados no admitirían que esos medicamentos se vendieran en lugares distintos de las farmacias -lógicamente un porcentaje todavía mayor que el de los que tolerarían que los medicamentos que no requieren receta se vendieran en establecimientos como los supermercados o las droguerías-.

Tabla 47. Opinión, según la ideología política de los entrevistados que aceptan que los medicamentos sin receta se vendan en "otros" establecimientos, sobre si también los medicamentos para los que se requiere receta médica se podrían expender en esos "otros" establecimientos. (PORCENTAJES).

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Sólo en farmacias	80,3	85,1	93,5	85,4
En cualquier establecimiento legal	18,4	12,8	6,5	13,7
NS/ NC	1,3	2,1	0,0	0,9
Nº casos	76	47	31	154

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La ideología de adscripción tiene una incidencia relevante sobre esta variable dependiente. **Casi el 18,5% de los que se ubican en la izquierda** (sólo un punto porcentual menos que en el caso de los medicamentos que no requieren receta) **permitirían su expedición** (con la consiguiente receta) **en cualquier tipo de establecimiento** -se entiende que con ciertas regulaciones-. Entre los que se adscriben a la derecha ese porcentaje se reduce a menos de un 6,5%. Parece que **es la izquierda la más propicia a esta clase de liberalización** (siempre en términos, no obstante, escasos).

Curiosamente los de clase social baja serían los que más se resistirían a este proceso de liberalización (sólo en el 10% de los casos) frente a porcentajes algo más altos en las clases sociales más elevadas. Por tanto, en este asunto no hay coincidencia entre la ideología de la izquierda y la posición de clase si se entiende por tal coincidencia una especie de "comunidad" ideológica básica entre ambos grupos.

Los funcionarios, de nuevo, aparecen como los máximos defensores de un Estado de Bienestar muy regulado. Ya les vimos defender con cierta insistencia, por ejemplo, el mantenimiento en manos públicas de la "oferta sanitaria". Ahora los funcionarios son los que con más fuerza defienden la posición de que los medicamentos para los que se requiere receta médica sean exclusivamente expedidos en farmacias (93,5%). De nuevo, como ha ocurrido en los anteriores párrafos, los "no-asalariados" son los más liberalizadores en este terreno (19% permitirían la venta de esos medicamentos en otro tipo de distribuidores). **Todo ello siempre dentro de que la mayoría opina que la regulación actual es la más adecuada.**

4 La liberalización a la hora de establecer farmacias

Uno de los fundamentos del "monopolio farmacéutico" es, ya se dijo, la regulación para el establecimiento de nuevas farmacias (cierta población mínima y cierta distancia física entre establecimientos).

En este caso la opinión de la población está muy dividida: un 48,5% sería partidaria de la liberalización frente a un 45,5% que no (hay un 5,5% de indecisos).

Es la “derecha”, desde el punto de vista ideológico, la más partidaria de romper ese fundamento del monopolio (59%) frente a porcentajes algo inferiores en las otras clases sociales (48-50%). Ya hemos visto a este grupo social defender este tipo de liberalización, probablemente, en pro de la eficiencia del sistema.

Tabla 48. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre si deberían mantenerse las regulaciones actuales para el establecimiento de nuevas farmacias o si ese establecimiento debería liberalizarse. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
De acuerdo	38,8	45,7	47,1	45,7
Liberalizarse	58,1	49,1	44,9	48,6
NS/ NC	3,1	5,1	8,0	5,6
Nº casos	129	739	314	1182

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La clase social de adscripción incide más en el tipo de opinión frente a este tipo de liberalización. En la tabla 48 se aprecia con toda claridad que **la posición liberalizadora llega al 59% en el caso de la clase alta y va cayendo hasta el 45% entre la clase baja** (que sería la más resistente frente a la liberalización en el establecimiento de nuevas farmacias). De nuevo **la clase alta, al igual que en el caso de la “derecha”, sostendría más un cierto tipo de políticas tendentes a la “eficiencia” del sistema.**

En el caso del nivel de estudios la ruptura estaría entre los que no tienen ningún tipo de estudios o sólo tienen estudios primarios, que se resistirían más a la liberalización (partidarios = 45%), que los de los otros grupos de estudios -medios o superiores- alrededor de un 50% de favorables a la liberalización.

Si atendemos a la situación laboral la **opinión más resistente a la liberalización sería la de los “no-asalariados”** -recordemos que el subgrupo mayoritario en este caso es el de autónomos y que éstos podrían entender la liberalización como un **atentado al “pequeño comercio”**-. Los partidarios de mantener la situación restrictiva llegarían al 52,5% frente a posiciones más suaves entre los asalariados o funcionarios (44-45% de entre ellos mantendrían la situación propensa al “monopolio”). En estos dos últimos grupos la mayoría de la población sería partidaria de la liberalización.

5 ¿Un farmacéutico “siempre” en la farmacia?

La exigencia de que haya un “farmacéutico” siempre en la farmacia sólo tiene que ver con el monopolio si la “profesión farmacéutica” logra mantener un fuerte control sobre el acceso a la profesión. Esa exigencia supondría, independientemente de otras posibles medidas, una fuente de poder de tipo monopolístico de “facto”.

Ni la ideología ni la clase social de adscripción o subjetivas tienen ningún tipo de efecto sobre las respuestas a la pregunta de si debe haber siempre un farmacéutico en cada farmacia. La inmensa mayoría de la población (90%) es partidaria de la presencia del farmacéutico. Sólo el 9% de la población piensa que esa presencia no es necesaria. En nada afecta la clase social o la ideología a estas respuestas. Todos los subgrupos derivados de ambas variables tienen la misma opinión, probablemente porque consideran que **el farmacéutico es una garantía en la expedición de medicamentos y en los consejos o enseñanzas para su uso.**

Los que tienen estudios superiores, en cambio, si tendrían una opinión ligeramente diferente. Un 13% de ellos (frente a porcentajes del nivel del 6%) piensan que no sería necesaria esa presencia. En cualquier caso **la opinión de que el medicamento es un producto muy estandarizado y que, en consecuencia, no requiere la presencia del farmacéutico, no está muy extendida.**

Finalmente, de nuevo aparecen los **“funcionarios” como los defensores máximos de la defensa de un procedimiento riguroso y burocrático que parte del reconocimiento de la función del profesional** -en este caso el farmacéutico- como garantía máxima de la calidad de la prestación. Los “no-asalariados” serían, en este caso, los más predispuestos a aceptar -siempre dentro de límites numéricos bajos- que no hubiera farmacéuticos en las farmacias.

D EL CONTROL SOBRE LOS ABUSOS DE LOS USUARIOS CONTRA EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

1 La percepción sobre la existencia de abusos contra el sistema sanitario

La percepción de que el sistema sanitario público está sometido al comportamiento abusivo (“*free-ridism*”) de los usuarios es muy alta a nivel general, como ya se comentó páginas más arriba. El 66% de la población, si atendemos a los resultados de nuestra muestra, afirma que tales abusos existen, no porque el sistema sanitario sea especial, sino porque la gente en general tiende a “abusar” de los bienes públicos. El 29% de los entrevistados no admite la existencia de esos comportamientos abusivos pues, aunque podría haber casos aislados de abuso, “la gente, en general, es responsable”. Hay un 4,5% de personas que no contestan.

La ideología no afecta a esta percepción, quizá la “izquierda” tiende a ver en los argumentos del abuso contra los bienes públicos una “falacia” en más casos que las otras clases sociales. Una falacia, en parte, que estaría orientada a minar los propios bienes públicos. Pero esa mayor tendencia de la izquierda a tener cuidado con este tipo de

argumentos es una tendencia de nivel modesto. El 62% de ese grupo social aprecia que existen esos abusos.

No hay, tampoco, diferencias significativas y claras, respecto a los abusos a que está sometido el sistema sanitario, entre los tres grupos según la clase social de adscripción. Los abusos son tan evidentes para la clase alta como para la baja. Lo mismo cabría decir para los distintos grupos según su nivel de estudios.

Tabla 49. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados, sobre si existe un abuso, por parte de los usuarios, contra el sistema sanitario público. (PORCENTAJES)

	Situación laboral			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
Sí, la gente tiende a abusar de lo público	67,1	59,6	69,9	66,2
No, aunque haya algunos abusos, la gente en general es respo	28,0	35,1	28,0	29,2
NS/ NC	5,0	5,3	2,2	4,6
Nº casos	422	114	93	629

Chi-cuadrado < 0,1

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 49 muestra una cierta menor percepción de los abusos individuales entre los “no-asalariados”. La visión de que “la gente abusa” es inferior en este grupo social (59,5%). El dato es unos 10 puntos porcentuales más elevados en el caso de los asalariados o de los funcionarios -más sensibles a los abusos contra el sistema-.

2 La cuestión del copago virtual de servicios sanitarios como límite contra abusos

La posible solución del copago “virtual” de los servicios sanitarios como freno a los abusos contra el sistema sanitario se planteó sólo a aquellos que respondieron que se producían abusos, por parte de los usuarios, contra dicho sistema (pregunta, por tanto, de tipo filtro). El hecho de llamarlo “virtual” indica que con posterioridad a su pago el usuario vería reembolsada la cantidad pagada.

El 60% de los que piensan que se cometen abusos contra el sistema sanitario piensa que se podrían poner freno a esos abusos mediante el sistema de “copago” virtual. El 33%, por el contrario, piensa que no. Aunque los que se sitúan ideológicamente en la “izquierda” tienden a rechazar el sistema de copago virtual algo más que los de centro o derecha (38% de rechazo entre los de izquierda frente a 31-32% entre los otros dos grupos ideológicos) **no hay una relación de relevancia entre la ideología y la admisión del copago virtual.**

Tabla 50. Opinión, según la clase social de los entrevistados que piensan que se cometen abusos de los usuarios contra la sanidad pública, sobre si el establecimiento de un sistema de "copago virtual" podría corregir una parte de esos abusos. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Sí	66,7	61,3	53,6	60,1
No	29,3	31,5	38,0	32,7
NS/ NC	4,0	7,2	8,4	7,2
Nº casos	75	483	179	737

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La relación sí es más importante entre la clase social de adscripción y la opinión respecto al copago virtual. **A medida que la clase social es más baja menos se aprecia el copago momentáneo como medio de corrección contra abusos.** Ello siempre dentro del hecho de que sería el mejor método para los individuos de todas las clases sociales. Mientras que entre los que se autodefinen como de clase alta el porcentaje que piensa que ese sería un buen método es del 66,5%, entre los de clase baja ese porcentaje cae hasta el 53,5%. En el rechazo al sistema de copago las diferencias no son tan grandes porque aumenta el número de los que no saben o no contestan a medida que la clase social es más baja.

Las clases bajas tienen como razón más poderosa para rechazar el sistema de copago su menor capacidad adquisitiva y el esfuerzo económico que podría suponerles tal medida. **No parece que lo rechacen como medida inútil o ilógica** -de hecho la mayoría lo admite como positivo-.

Al igual que ocurre con la clase alta, entre los que tienen estudios superiores que piensan que hay abusos contra el sistema, el 65% creen que el sistema de copago sería eficaz contra los "free-riders". Entre los que tienen estudios de nivel inferior la cifra de los que verían ese sistema como eficaz cae al 58% -no se trata, en cualquier caso, de diferencias notables-.

Tabla 51. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados que piensan que se cometen abusos de los usuarios contra la sanidad pública, sobre si el establecimiento de un sistema de "copago virtual" podría corregir una parte de esos abusos. (PORCENTAJES)

	Situación laboral			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
Si	55,5	75,0	63,1	60,0
No	39,2	22,1	29,2	34,8
NS/ NC	5,3	2,9	7,7	5,3
Nº casos	283	68	65	416

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Pero el grupo, entre los que ven problemas de abusos contra la sanidad pública, que más confía en el copago virtual es el de los "no-asalariados". Entre los autónomos y los empresarios -ambos grupos conforman el que nosotros llamamos de "no asalariados"- **el 75% confía en dicho sistema como remedio contra los abusos.** Para ese 75% sólo

imponiendo un coste contra el uso del sistema se logrará que ese uso se haga “racional”, aunque el coste sea psicológico, momentáneo o, como lo hemos llamado nosotros, “virtual”. Los funcionarios confiarían en ese sistema relativamente menos (63%), pero son los “asalariados” los que menos confiarían (55,5%), aunque en todos los grupos hay una mayoría que confiaría en el copago. La causa para que el porcentaje sea menor entre los asalariados es, probablemente, el mismo que en el caso, ya visto, de la clase baja: unos recursos económicos inferiores.

E EL MAYOR PROBLEMA DE LA SANIDAD PÚBLICA

A la hora de señalar cuál es el mayor problema de la sanidad pública no encontramos grandes diferencias entre los diferentes grupos ideológicos. Recordemos que para la mayoría de los entrevistados, el 48%, el mayor problema es la masificación, que se manifiesta en las “listas de espera”. A larga distancia aparecía la “escasez de recursos humanos” (11,5%), luego la “organización del sistema sanitario” (8%) y la “atención de los profesionales” (8%), entendida esta última como “mala atención” o “falta de atención”. El resto de problemas era señalado por pocos entrevistados y, salvo en el caso de la mención de los abusos de los usuarios por un 6%, en los demás casos podríamos hablar de “virtudes” del sistema (es el caso, por ejemplo, de la “escasez de recursos materiales”, que siendo señalado como problema por sólo el 3,5% de los entrevistados, parece ser, en opinión de la mayoría, más una “virtud” del sistema que un defecto).

No hay diferencias reseñables entre los distintos grupos por ideología política. Los tres grupos (izquierda, centro y derecha) tienen en esto una visión básica común y coincidente con la opinión general de nuestra muestra de la población española mayor de 18 años. Quizá la izquierda pone algo más el énfasis en los problemas de “organización del sistema” de lo que lo hace la derecha o el centro. La “derecha”, por su parte, no ve un problema importante en la “escasez de recursos humanos” y, en general, es algo menos crítica con el sistema. Pero son diferencias de detalle muy menor. La visión es común en los tres grupos ideológicos.

Tabla 52. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre cuál es el mayor problema de la sanidad pública. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Listas de espera y masificación	41,1	50,3	46,2	48,2
Escasez recursos humanos	13,2	12,0	9,2	11,5
Escasez recursos materiales	3,1	3,2	3,8	3,5
Eficacia en la organización sistema sanitario	11,6	8,1	6,7	8,0
Abusos de los usuarios	5,4	6,6	5,7	6,2
Financiación	7,8	1,9	2,9	2,8
Atención de los profesionales	6,2	6,5	11,8	7,9
No encuentra ningún problema	3,9	3,5	5,1	4,1
NS/NC	2,3	4,1	2,9	3,6
Otros	5,4	3,7	5,7	4,3
Nº casos	129	739	314	1182

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

En la tabla 52 aparecen ciertas diferencias significativas, en la opinión sobre el principal problema del sistema sanitario, según la clase social de adscripción de los entrevistados. **Las “listas de espera” aunque son el problema más importante para las tres clases sociales lo son menos para la clase social alta.** El 41% de los individuos de dicha clase las consideran como el problema más relevante, pero en el caso de las otras clases sociales el nivel de preocupación por las listas es mayor (46% en la clase baja y 50,5% en la clase media). La importancia concedida al problema organizativo del sistema decae según baja la clase social, desde el 11,5% entre la clase alta al 6,5% entre la clase baja. La financiación del sistema sanitario también es un problema más grave para la clase alta (8% lo señalan como el problema más grave) en tanto que para las otras dos clases sociales la financiación no supone ningún problema.

La clase baja se queja, en cambio, de manera especial de la “atención de los profesionales” (para el 12% es el problema más grave -las otras dos clases sociales conciben este problema en la mitad de las ocasiones-). Es muy probable que la clase baja sea la que más padece la “indiferencia” o falta de interés de algunos profesionales de la medicina.

De la misma forma que ocurre con la clase alta, **los que tienen estudios superiores señalan más frecuentemente la organización del sistema y la financiación del mismo principales defectos del sistema.** Los que tienen escasos recursos educativos se inclinan por reforzar la importancia de las listas de espera como problema.

Finalmente **los funcionarios se inclinan por resaltar, con relativa fuerza (16%) la escasez de recursos humanos.** Es el grupo que más frecuentemente señala éste como problema fundamental de la sanidad pública. Como se ha señalado en otras ocasiones, no podemos dejar de pensar en **su elevado interés por desarrollar el Estado de Bienestar -y el lado de la “oferta” del mismo-**. Como para apuntalar la importancia de los recursos -sobre todo humanos- también se refieren de forma un tanto más insistente a los problemas de organización (12%). Para ellos, en cambio, las listas de espera, aunque son, como para todos los grupos, el problema más relevante, no representa un defecto tan grave.

1 La causa principal de las listas de espera y su funcionalidad para el sistema sanitario

Las listas de espera, como se argumentó más arriba, además de una consecuencia de sobrecarga de los servicios sanitarios o una muestra de insuficiencia de personal o, incluso, de mala organización, pueden ser un mecanismo útil para controlar el abuso de los usuarios contra la sanidad pública. Desde el punto de vista de la defensa contra los “*free-riders*” las listas de espera, en un buen sistema sanitario, pueden subsistir. El problema no consistiría tanto en su eliminación cuanto en que el sistema pudiera manejarlas correctamente -sin que supongan riesgos para la salud y, desde luego, controlando el tiempo de espera con cuidado-. Sólo disponiendo de otros sistemas adecuados para controlar los abusos podrían eliminarse

las listas de espera sin que la sanidad fuera objeto de un grave deterioro a causa de los abusos de los usuarios.

Se ha analizado qué opinan los entrevistados sobre las causas de las listas de espera y si las ven o no como una forma de defensa contra los abusos de los usuarios. Entre las causas se ha preguntado por el acuerdo o no con tres posibles causas -como ya se vio más arriba-: la ineficiencia del sistema, el abuso de los usuarios contra el sistema y la falta de inversiones o de recursos.

Tabla 53. Acuerdo, según la ideología política de los entrevistados, sobre la causa de la listas de espera mencionada en la primera columna. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total	Chi-cuadrado <
	Izquierda	Centro	Derecha		
Muestra una ineficiencia en el sistema sanitario : El principal causante es que la gente abuse de los servicios sanitarios. :	74,1	75,2	73,7	74,9	0,9
Es necesario que exista para no provocar un uso indiscriminado de la Sanidad :	44,8	51,2	55,3	50,5	0,01
'Se reduciría con más inversión (más médicos, quirófanos, centros hospitalarios), aunque eso suponga que paguemos más impuestos o cotizaciones más elevadas' :	43,5	44,4	55,3	48,5	0,001
Nº casos	386	250	152	788	

Nota: Los porcentajes expresan el acuerdo con la causa mencionada en la primera columna

Como puede apreciarse en la tabla 53 los diferentes grupos ideológicos (izquierda, centro o derecha) no tienen grandes divergencias entre sí sobre las causas de las listas de espera. **El 75% de los entrevistados opina que las listas de espera se deben, al menos en parte, a una ineficiencia del sistema sanitario. El 81% de la muestra general opina, además, que las listas de espera se reducirían con más inversión (más médicos, quirófanos, centros hospitalarios) y que ello sería positivo aunque suponga que se deban elevar los impuestos o las cotizaciones a la seguridad social.** De manera que hay una fuerte interpretación por la que las listas de espera se deberían a ineficiencias y a falta de recursos en general (antes se vio que había una idea más arraigada de falta de recursos humanos que de recursos materiales). En cualquier caso no hay diferencias significativas respecto a estos resultados entre los distintos grupos ideológicos. La identificación con una ideología política (izquierda, centro o derecha) no afecta a esta interpretación.

La división de opiniones es más importante sobre otras dos interpretaciones acerca de las listas de espera: si la causa principal de su existencia es el abuso de los usuarios y si las listas de espera son un buen sistema para no provocar un uso indiscriminado contra la sanidad pública. En realidad es lógico que los que están de acuerdo con una de esas afirmaciones lo estén, a la vez, con la otra. Sólo la mitad de la población, aproximadamente, estaría de acuerdo con ambas propuestas. Pero decimos “sólo la mitad” porque comparamos estos resultados con otros, más abultados, que ven en las listas de espera un síntoma de ineficiencia y de falta de recursos. **Lo cierto es que el hecho de que la mitad de la población entienda que las listas de espera son provocadas -en parte, al menos- por el abuso de los usuarios y que, a la vez, son un mecanismo contra esos abusos, es un porcentaje elevado.** Indica que para la mitad de la población no se trata de

“acabar” con las listas de espera, sino de manejarlas o administrarlas correctamente y, al menos, en tanto no se disponga de mecanismos más adecuados de control.

Aquí sí encontramos ciertas diferencias en la opinión de los distintos “grupos ideológicos”. **A medida que nos movemos a la derecha del espectro político más se acusa al abuso de los usuarios:** el 45% de los que se autodefinen como de izquierda dicen que la causa está en los abusos, frente al 55,5% de los que se autodefinen como de derecha que sostienen lo mismo. Las diferencias son, obviamente, matizadas, pero claramente significativas. Los de centro se posicionan en medio de ambas opiniones. Ya se ha comentado, en otro lugar, que una parte de la izquierda puede ver en las acusaciones, de cualquier tipo de abuso por parte de los usuarios, contra el Estado de Bienestar, una artimaña para reducir las prestaciones y, por tanto, rechaza hacer esas acusaciones.

Sobre la “necesidad de las listas de espera” para controlar los abusos, los que tienen identidad de “derecha” tienen una opinión más favorable (55,5%). En este caso el centro tiene una opinión mucho más cercana a la izquierda. “Sólo” el 44% de ambos subgrupos (izquierda y centro) opina que las listas son un mecanismo -en parte- para el control del abuso. Sin embargo, a pesar de esas diferencias ideológicas, **es resaltable que el 44% de la izquierda opine que se trata de un “posible” mecanismo de corrección de abusos.**

No existen diferencias estadísticamente significativas en la opinión de los distintos grupos según la clase social de adscripción. Las clases alta, media y baja piensan lo mismo respecto a las causas de las listas de espera. Pueden verse los resultados en el apéndice.

Tabla 54. Acuerdo, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre la causa de la listas de espera mencionada en la primera columna. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total	Chi-cuadrado <
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores		
Muestra una ineficiencia en el sistema sanitario :	77,4	75,5	71,1	75,0	0,1
El principal causante es que la gente abuse de los servicios sanitarios. :	55,0	52,9	41,0	50,4	0,001
Es necesario que exista para no provocar un uso indiscriminado de la Sanidad :	55,0	48,6	40,4	48,6	0,001
'Se reduciría con más inversión (más médicos, quirófanos, centros hospitalarios), aunque eso suponga que paguemos más impuestos o cotizaciones más elevadas' :	76,9	81,2	77,0	81,0	0,3
Nº casos	411	469	322	1202	

Nota: Los porcentajes expresan el acuerdo con la causa mencionada en la primera columna

La tabla 54 muestra la opinión, sobre las causas de las listas de espera, según el nivel de estudios de los entrevistados. No hay relación clara entre el nivel de estudios y la exigencia de más inversión para reducir las listas (que es muy alta). Todos los grupos piden esa inversión, quizá algo más los que tienen estudios de nivel medio. La visión de las listas de espera como consecuencia de la ineficiencia del sistema es ligeramente menor a medida que aumenta el nivel de estudios, pero esas diferencias no llegan a ser significativas. De

manera que, como ocurría en el caso de la ideología política, no hay diferencias claras, respecto a la opinión generalizada sobre las listas de espera como causadas por ineficiencia y por falta de inversiones, entre los distintos grupos según el nivel de estudios.

Las diferencias están, como pasaba anteriormente en el caso de los grupos ideológicos, en si las listas son causadas por los abusos de los usuarios y sobre si sirven, precisamente, como mecanismo de control contra esos abusos. Frente a estas dos posibilidades hay claramente dos grupos según su opinión, los que tienen estudios superiores y los demás. El grupo de nivel de estudios medios se acerca mucho en su opinión a los que tienen el más bajo nivel de estudios (sin estudios o sólo con estudios de nivel de primaria).

Sólo el 41% de los que tienen estudios superiores piensa que una posible causa de las listas de espera está en el abuso de los usuarios. Los que tienen el nivel más bajo de estudios piensan lo mismo en un 55% -los de estudios medios estarían de acuerdo en un 53% de los casos-. Casi los mismos porcentajes se mantienen acerca de si las listas de espera son un mecanismo contra el abuso de los usuarios. O sea, el grupo de estudios superiores “sólo” piensa en las listas de espera como mecanismo contra los “*free-riders*” en un 40,5%, en tanto que los de estudios más bajos piensan eso en un 55% (en este caso los de estudios medios están más bien en el centro de la opinión -48,5%-).

Es muy posible, en este caso, que la opinión de los usuarios o bien refleje su experiencia en el uso de los servicios públicos -esto querría decir que ese uso sería más adecuado en el caso de los que tienen estudios superiores- o que, como creemos nosotros, **los que tienen mayor nivel de estudios “piensan que” siempre que usan los servicios sanitarios lo necesitan y no admiten que eso suponga un abuso.** Es una cuestión, no obstante, que no hemos investigado de forma particular. En cualquier caso lo más relevante es el elevado número de entrevistados que ven las listas de espera como mecanismo de corrección de abusos.

Tabla 55. Acuerdo, según la situación laboral de los entrevistados, sobre la causa de la listas de espera mencionada en la primera columna. (PORCENTAJES)

	Situación laboral			Total	Chi-cuadrado <
	Asalariado	No asalariado	Funcionario		
Muestra una ineficiencia en el sistema sanitario :	74,2	74,6	64,5	72,7	0,001
El principal causante es que la gente abuse de los servicios sanitarios. :	48,3	48,2	41,9	47,3	0,1
Es necesario que exista para no provocar un uso indiscriminado de la Sanidad :	45,3	45,6	35,5	44,0	0,01
'Se reduciría con más inversión (más médicos, quirófanos, centros hospitalarios), aunque eso suponga que paguemos más impuestos o cotizaciones más elevadas' :	76,3	78,9	77,4	77,0	0,7
Nº casos	422	114	93	629	

Nota: Los porcentajes expresan el acuerdo con la causa mencionada en la primera columna

La tabla 54 muestra la opinión, sobre las causas de las listas de espera, de los distintos grupos según su situación laboral. En este caso los porcentajes totales no son iguales a los de

toda la muestra, pues se trata, en realidad, de una pregunta filtro (no todos los entrevistados son laboralmente activos y los que no lo son no están incluidos aquí).

Todos los grupos piensan que los problemas de las listas de espera se reducirían con más inversión. El 77% de los entrevistados laboralmente activos piensa eso. No hay diferencias significativas en la opinión de los distintos grupos.

Si analizamos con cierta atención la tabla, podemos fácilmente darnos cuenta de que la opinión de los asalariados y la de los no-asalariados (podríamos decir que recogemos aquí la opinión del mundo laboral privado) es igual. No hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos sociales.

Los funcionarios no opinan con tanta fuerza, como los otros dos grupos, que la causa de las listas de espera esté en la ineficiencia del sistema sanitario. Es cierto que su opinión mayoritaria es esa (64,5%), pero no es tan elevada como en el caso del “mundo laboral privado” (asalariados y no-asalariados) cuyo porcentaje de acuerdo sobre la ineficiencia como causa de las listas de espera llega al 74,5%. Es posible que la opinión de los funcionarios esté matizada por un pequeño nivel de corporativismo (acusar de ineficiencia al sistema, en parte, es autoacusarse o acusar a “compañeros” de estatus o profesión).

Los funcionarios son, también, quienes menos ven las listas de espera como una función, relativamente, del abuso de los usuarios (42% frente al 48% en los otros dos grupos). El resultado es significativo estadísticamente si lo referimos a una comparación, estrictamente, entre el mundo laboral privado -los otros dos grupos laborales- y el de los funcionarios. Y, finalmente, es el grupo, además, que menos cree que las listas de espera sean necesarias para el control de abusos contra el sistema (35,5% frente al 45,5% en los otros dos grupos de asalariados y no-asalariados). Es muy probable que, en el cumplimiento de sus funciones, este grupo no crea que puede recurrir a este tipo de mecanismos para restablecer un cierto equilibrio entre oferta y demanda en el sistema y que hacerlo significaría, hasta cierto punto, reconocer un problema de ineficiencia o incumplimiento por su parte.

F LA IGUALDAD DE LOS CIUDADANOS ANTE EL SISTEMA SANITARIO

1 El reconocimiento de la relativa igualdad de los españoles ante la sanidad pública

El trato “burocrático” a los usuarios es uno de los aspectos básicos del Estado de Bienestar. No se trata, evidentemente, del concepto “vulgar” de burocracia, sino de un trato igual para todos -“burocrático” en el sentido de impersonal e impersonal en el sentido de igualitario, sin distinción de personas (como se dice de la ley)-. En cierto modo eso significaría que “todos los españoles somos iguales ante la sanidad”. Ya se vio que el Estado

Autonómico ha introducido, también en el caso de la sanidad pública o del “derecho sanitario” algunos elementos de diferenciación en la organización y cobertura de los sistemas de salud (aquí usamos el término “sistema sanitario” para referirnos, en general, a los sistemas sanitarios públicos sin distinción). El asunto ahora es saber si esas diferenciaciones han llegado a la conciencia de los usuarios españoles como una diferenciación real.

La pregunta sobre si existen diferencias en la calidad de la atención sanitaria que se ofrece en las distintas CCAA ha sido una de las que más “falta de respuestas” (NS/NC) ha recibido (39%). Ninguna otra pregunta ha recibido tal cantidad de indecisos o de personas que no saben qué contestar. El 46,5% sostienen que tales diferencias existen y el 15% que no. Dicho en otros términos. Hay muchos ciudadanos que no sabrían qué opinar, pero de los que tienen opinión 3 de cada 4 piensan que esas diferencias, en la atención sanitaria que se presta en las distintas CCAA, existen.

La ideología tiene un ligero efecto sobre estas respuestas: el grupo de los que se adscriben a la “izquierda” afirma que las diferencias son reales en el 43,5% de los casos mientras que entre los de centro o derecha el porcentaje se eleva hasta el 50-51%. Puede haber una, ligeramente, mayor crítica al Estado Autonómico por parte de la derecha. Sin embargo entre los que dicen “taxativamente” que las diferencias no existen son más, también, los entrevistados pertenecientes a la “derecha” (18%) que los pertenecientes a la “izquierda” o el “centro” (13-14%). Es decir, las diferencias se diluyen. Ello ocurre porque entre los que no contestan a la pregunta hay prácticamente un 10% más del grupo de “izquierda” que del grupo de “derecha”. De manera que, diríamos, **si entre los de “derecha” hay más individuos que perciben las diferencias también hay más que las niegan.**

Tabla 56. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre si existen o no diferencias en la calidad de la atención que reciben los usuarios de la sanidad en las distintas CCAA. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Si	59,7	46,4	41,7	46,5
No	17,1	14,6	13,7	14,9
NS/ NC	23,3	39,0	44,6	38,7
Nº casos	129	739	314	1182

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 56 muestra las respuestas de los entrevistados, según la clase social a la que se adscriben, a esta pregunta sobre las diferencias de atención entre los sistemas sanitarios autonómicos. No hay grandes diferencias en las respuestas que sostienen que esas diferencias de calidad no existen. Quizá los de clase alta dan esa respuesta en unas pocas más ocasiones que las otras dos clases sociales. Las diferencias están en los que sostienen que las diferencias existen. **A medida que la clase social es más alta, más dicen los entrevistados que hay diferencias de calidad en los servicios sanitarios en las distintas comunidades autónomas.** El 60% de los entrevistados de “clase alta” sostiene que sí existen, porcentaje que va cayendo hasta el 41,5% entre los que se autoubican en la clase baja. Tenemos una cierta correlación igual a la que se producía en el caso de los grupos ideológicos. Las no

respuestas (individuos que dicen no saber -en las entrevistas telefónicas no se produce el “no contestar” pues el entrevistado debe hacer algún acto positivo de “no-respuesta” como “no se”-) aumentan a medida que la clase social es más baja.

Seguramente estamos ante problemas de información, que aumentan a medida que bajamos en la escala social. Hay una cierta correlación entre la ideología y la clase social, pero ninguna de ellas anula el efecto independiente de estas dos variables sobre la opinión acerca de la diferente calidad en la atención de los servicios sanitarios de las CCAA.

Tabla 57. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre si existen o no diferencias en la calidad de la atención que reciben los usuarios de la sanidad en las distintas CCAA. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
Sí	39,2	48,8	52,2	46,4
No	18,2	14,3	11,5	14,9
NS/ NC	42,6	36,9	36,3	38,7
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Un esquema muy similar ocurre si analizamos los resultados de la tabla 57, aunque no totalmente. Aquí los que no tienen estudios son los que más niegan la existencia de diferencias (18%) -eso ocurría, si recordamos, en el caso de la clase alta y del grupo ideológico de “derecha”-. **El porcentaje de los que niegan las diferencias va cayendo según aumenta el nivel de estudios** (hasta el 11,5% en el caso de los que tienen estudios superiores).

Lo más evidente, y más importante, sin embargo de la tabla 57 es observar cómo **aumenta el número relativo de perceptores de la diferencia a medida que aumenta el nivel de estudios**. Mientras que “sólo” el 39% de los que tienen un nivel bajo de estudios afirman que hay diferencia en la calidad de la atención sanitaria de las Comunidades Autónomas, el porcentaje alcanza al 52% entre los que tienen estudios superiores. También existen muchas no respuestas -más altas a medida que el nivel de estudios es bajo-.

Perciben, pues, especialmente esas diferencias en la calidad de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas más los de clase alta, los de derecha y los que tienen estudios superiores. Es, a la vez, muy probable que un cierto sector de los de clase baja, de izquierda y de los que tienen escaso nivel de estudios estén, realmente, menos informados y que, por ello, simplemente, aumente, entre ellos, el número de los que “no saben” qué contestar a esta pregunta.

Tabla 58. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados, sobre si existen o no diferencias en la calidad de la atención que reciben los usuarios de la sanidad en las distintas CCAA. (PORCENTAJES)

	Situación profesional			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
Si	44,1	56,1	61,3	48,7
No	14,7	13,2	7,5	13,5
NS/ NC	41,2	30,7	31,2	37,8
Nº casos	422	114	93	629

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Si miramos la opinión de los tres grupos según su situación laboral, **son los funcionarios los que más frecuentemente ven diferencias en el “derecho sanitario” debido al Estado Autonómico (61% sostienen que las diferencias son reales)**. Es el grupo, como a menudo nos ha estado ocurriendo en este análisis, que con más fuerza sostiene una opinión. El porcentaje, que opina que existen esas diferencias, entre los “no-asalariados” también es alto (56%) y es más bajo en el caso de los asalariados (44%). En estos dos últimos grupos podemos decir que se repite el esquema ya visto para las otras variables independientes. Pero el caso de los funcionarios es paradigmático pues, **al insistir tanto en las diferencias, seguramente lo hacen por dos razones: primero porque “conocen” que existen -aunque puede que algunas de ellas no sean relevantes para los usuarios- y, segundo, porque algunos de ellos pueden estar haciendo una crítica a un sistema que puede, en algunos aspectos, tratar de forma “no burocrática” a todos los ciudadanos.**

2 La causa de las desigualdades intercomunitarias

La causa, para los que contestaron que existen diferencias de atención a los usuarios según las comunidades autónomas de residencia, es la mejor gestión (49%) de los recursos sanitarios -una causa, por tanto, de eficacia-. La diferencia presupuestaria es percibida como causa de las diferencias en el 42% de los casos (como ya se vio más arriba). Esta última causa está más ligada a la autonomía sanitaria que la primera y, por tanto, los que dan esta respuesta apuntan más a la autonomía política que los primeros (cuya respuesta puede interpretarse más como una referencia a la descentralización meramente administrativa).

No hay diferencias ideológicas significativas respecto a esta visión, dividida, de las causas de la desigualdad en la atención sanitaria que se presta en las distintas CCAA. Tampoco hay ninguna diferencia en las respuestas según el nivel de estudios de los entrevistados. La clase social tiene una ligera influencia: los de clase baja tienden menos de los de clases sociales más altas a ver en la diferencia una consecuencia de los distintos presupuestos económicos (causa autonómica) -sólo el 35% señalan esa como causa de las diferencias.-.

Tabla 59. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados que afirman que existen diferencias en la atención sanitaria en las distintas CCAA, sobre la causa de esas diferencias. (PORCENTAJES)

	Situación laboral			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
A los distintos presupuestos económicos de las diferente CC.	36,6	54,7	52,6	43,3
A que algunas gestionan mejor su sistema de salud	55,4	40,6	35,1	48,5
NS/ NC	8,1	4,7	12,3	8,1
Nº casos	186	64	57	307

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La causa autonómica (distintos presupuestos) como causa de las diferencias en el trato de los usuarios de la sanidad es señalada, como se aprecia en la tabla 59, por los funcionarios (52,5%) y los “no-asalariados” (54,5%). En cambio, entre los asalariados, esa causa es señalada sólo por el 36,5% -claramente por debajo de los otros grupos-. Es probable que entre los funcionarios y los “no-asalariados” tengamos una cierta mayor crítica o conocimiento del Estado Autonómico.

La causa administrativa es especialmente señalada por los asalariados (55,5%), menos por los “no-asalariados”(40,5%) y todavía menos por los funcionarios (35%). Estos últimos, como se ha mostrado antes ante otras preguntas, son más reacios a expresar críticas al aparato burocrático -en este caso a los servicios sanitarios-.

V ALGUNOS ASPECTOS DE LAS POLÍTICAS FAMILIARES

Las políticas familiares conforman un conjunto de políticas¹⁶ que tienen por objeto la protección de los hogares con diversos fines que van desde la igualdad entre los sexos, la fecundidad o el apoyo, en general, a las familias en su formación o a las familias con problemas específicos. Se trata de un aspecto secundario del Estado de Bienestar. Secundario tanto por la cuantía que hasta ahora se han dedicado a esas políticas como por el hecho de que en muchos de sus contenidos se trata de políticas “especiales”, o sea, orientadas a subgrupos particulares (focales) que cumplen una serie de requisitos o tienen determinadas características (i.e., ayudas a las madres solteras con hijos a su cargo).

Las políticas familiares incluyen ayudas como subvenciones por nacimiento de hijos adicionales, subvenciones para familias numerosas, ayudas para guarderías, pagos mensuales por los hijos hasta una determinada edad, etc...

No es nuestro objetivo analizar “las políticas familiares” en su conjunto sino que se han elegido algunos aspectos de las mismas como parte de un análisis de “políticas focales” del Estado de Bienestar: ciertas políticas de ayuda a las familias por tener o adoptar hijos adicionales (ni siquiera analizamos todas las políticas orientadas a ese fin).

Las políticas focales o especiales no están en contradicción con el Estado de Bienestar sino que, simplemente, no son parte del aparato central del mismo. Son universalistas en cierto modo pues, al fijar unas condiciones para acceder a las mismas, se establecen principios objetivos –burocráticos- de acceso a las prestaciones. En realidad en nada se distinguen, en este sentido, de las políticas de pensiones, por ejemplo, pues se fijan, en ambos casos, unas condiciones objetivas para acceder a las mismas (por ejemplo, la edad, un tiempo de cotización, etc...).

Sí es cierto, sin embargo, que los ciudadanos no sienten respecto de ellas la sensación de que respondan a un “derecho social” ciudadano, y esta es la diferencia más importante entre estas políticas y las políticas centrales del Estado de Bienestar. Mientras que la idea de que tenemos derecho a la atención sanitaria pública es real, no hay la misma sensación respecto, por ejemplo, a que los poderes públicos “tengan” que ayudar, necesariamente, a las familias que tengan un hijo adicional. Esto es así, sin duda, porque esas ayudas, en el pasado, han sido pequeñas y, a menudo, muy focalizadas.

Y es, precisamente porque no son centrales al Estado de Bienestar, que estas políticas nos interesan. Al no ser sentidas por los ciudadanos como parte de un supuesto “derecho social” de los ciudadanos es posible -hablamos hipotéticamente- que los límites que se fijen a las mismas sean más estrictos o que no exista, como por ejemplo en el caso de la sanidad, un acuerdo genérico central sobre la extensión y contenidos de dichas políticas.

¹⁶ Una buena descripción general de las políticas familiares puede verse en Flaquer (cita).

1 La ayuda de 2500 Euros por hijo adicional

En el cuestionario nos fijamos, en primer lugar, en la política recientemente implantada en España de un pago único de 2500 Euros por cada hijo tenido -o adoptado-, a lo largo de varias preguntas.

Dado el propósito focal de la ayuda se ha pasado el cuestionario, además de a la muestra general representativa de la población española mayor de 18 años, a una submuestra adicional de individuos afectados (mujeres u hombres que piensan tener hijos en los próximos tres años o que los han tenido en los tres años antes del momento de la entrevista - octubre de 2007-). Analizaremos primero los resultados de la muestra general dejando para el final el análisis de la submuestra focal de políticas familiares.

2 La opinión sobre la cuantía de la ayuda

La pregunta de inicio de las dedicadas a la ayuda de 2500 Euros por hijo/a adicional en un único pago es:

“Recientemente se ha aprobado un decreto del gobierno concediendo una ayuda directa de 2500 Euros por cada hijo tenido o adoptado. ¿Le parece una ayuda excesiva, escasa o suficiente?”

- Excesiva
- Escasa
- Suficiente
- NS/NC”

Al 54% de la población le parece que la ayuda es suficiente y al 26,5% que es escasa. Por tanto **tres cuartas partes de la población estarían de acuerdo en que es necesario prestar dicha ayuda** e, incluso, una cuarta parte de los entrevistados dicen que la ayuda es escasa. La oposición a la misma, los que consideran que la ayuda es excesiva, apenas representa un 7% de la muestra (hay, no obstante, un 12% que no contestan).

Tabla 60. Opinión, según el sexo de los entrevistados, sobre si la ayuda de 2500 Euros por hijo/a adicional es suficiente, excesiva o escasa. (PORCENTAJES)

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Excesiva	6,9	7,5	7,2
Escasa	28,1	25,2	26,6
Suficiente	50,7	57,6	54,2
NS/NC	14,2	9,8	12,0
Nº casos	590	615	1205

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

En la tabla 60 se muestra la opinión por sexo. Lo curioso de los resultados no es que haya ciertas diferencias significativas -que las hay, aunque de escasa entidad- sino que esas diferencias, cuando existen, no respondan a lo que inicialmente podíamos esperar. Las diferencias, como decimos, son escasas pero indican que **hay algunos más varones que mujeres (relativamente) que consideran escasa la cantidad de 2500 Euros por hijo/a adicional** (28% entre los varones y 25% entre las mujeres). Aunque entre los que las consideran suficiente o escasa hay un **acuerdo básico que domina en ambos sexos: esa ayuda debe prestarse**.

Tabla 61. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si la ayuda de 2500 Euros por hijo/a adicional es suficiente, excesiva o escasa. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Excesiva	4,9	8,1	6,6	9,1	7,2
Escasa	36,5	35,1	19,0	14,8	26,6
Suficiente	52,0	46,8	60,3	58,8	54,2
NS/NC	6,6	10,0	14,1	17,3	12,0
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La edad tiene una relación muy significativa con la opinión sobre esa ayuda: destaca, sobre todo, el hecho de que a medida que la población es más joven más se critica la ayuda como escasa. Así, entre los entrevistados menores de 30 años, el 36,5% la consideran escasa. El porcentaje desciende hasta que, entre los mayores de 65 años, los que la consideran escasa representan solamente del 15%. La ruptura real de la opinión se produce alrededor de los 45 años, es decir, a la edad a la que las mujeres, en general, dejan de tener hijos. **Las respuestas tienen, pues, que ver con el hecho de que aquellos que no pueden percibir la subvención tienden a considerar como excesiva una ayuda destinada a “otros”.** En general no podemos decir que los de más edad critiquen la ayuda en sí (pocos la consideran escasa), sino que opinan que la ayuda es suficiente (idea, por lo demás que domina en todos los grupos de edad).

Tabla 62. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre si la ayuda de 2500 Euros por hijo/a adicional es suficiente, excesiva o escasa. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Excesiva	5,2	6,4	9,9	7,2
Escasa	27,2	26,4	30,3	26,6
Suficiente	59,1	54,8	46,1	54,2
NS/NC	8,5	12,4	13,8	12,0
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 62 muestra unos resultados con cierta intencionalidad política. **Los que se autocalifican como pertenecientes a la derecha política, desde un punto de vista ideológico, se muestran más críticos con la medida** (decretada por un gobierno socialista). Los que en ese grupo la critican como escasa (30%) o excesiva (10%) llegan a suponer el

40% de los entrevistados. En los otros grupos ideológicos (de izquierda o de centro) los críticos son el 32%. Es por ello que los que consideran adecuada la medida entre el grupo de “derecha” son “sólo” el 46%. Aún así parece que podemos considerar como mayoritario el apoyo a la medida en todos los subgrupos, pues la verdadera oposición a la medida es la de los que la consideran “excesiva”.

Los distintos grupos según su clase social adscriptiva no muestran opiniones diferenciadas (desde el punto de vista estadístico) frente a esta política. La opinión, si partimos del nivel de estudios de los entrevistados, muestra que **la satisfacción con la medida**, si bien general, **es menor entre los que tienen estudios superiores** (el 11% considera la prestación excesiva, lo que es uno de los índices más elevados de oposición - aunque sigue siendo una oposición pequeña-). **Una oposición del mismo nivel existe, también, entre los funcionarios y los no-asalariados** (los asalariados apoyan con más intensidad la ayuda).

3 ¿Ayuda universal o sólo para la población con ingresos más bajos?

La ayuda aprobada por el gobierno es una ayuda universal, es decir, se da sin condición de ingresos. La pregunta, en el cuestionario, que se refiere a este punto, está redactada como sigue:

“La ayuda aprobada es para cualquier madre o familia que tenga un hijo o lo adopte. ¿Está usted de acuerdo o sólo debería concederse a quienes tengan los ingresos más bajos?

- Para todos
- Para las familias con ingresos más bajos
- NS/NC”

Se trata de un asunto relevante a que ya nos hemos referido en otra parte. El Estado de Bienestar debe atender a un doble propósito: el universalismo y la “restauración” de la justicia -igualitaria-. La opinión que mantiene que la ayuda debe ser para todos responde más al universalismo-igualitarista, en tanto que la segunda opción (la ayuda debe ser “para las familias con ingresos más bajos”) sería de tipo redistributivo-desigualitaria.

El 52% de los entrevistados contestan que la ayuda debe ser “para los que tienen ingresos más bajos” y el 44% sostiene, en cambio, que la ayuda debiera ser para todos. El igualitarismo pierde, por tanto, por unos 8 puntos porcentuales. Lo que nos interesa ahora es saber quiénes sostienen más una afirmación que otra.

Tanto los varones como las mujeres sostienen más la idea de la redistribución (desigualitarismo), restringiendo la ayuda a los que tienen menos ingresos, pero **entre las mujeres hay más dosis de igualitarismo** -al menos frente a esta política que podría serles, relativamente, más favorable que a los varones-. Entre las mujeres las que sostienen que la

ayuda debe cumplir funciones de redistribución son el 49,5% y las que sostienen la opinión igualitarista son el 47% (es decir, una diferencia entre una y otra opinión del 2,5%). En cambio entre los varones la diferencia -siempre a favor de la idea de restringir la ayuda a los que tienen menos ingresos- es de 14 puntos (54% partidarios de restringir la ayuda y 40% de mantenerla como universal).

Tabla 63. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si la ayuda de 2500 Euros por hijo/a adicional debiera concederse a todos los que tengan ese hijo/a o sólo a los más necesitados. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Para todos	46,3	47,6	41,4	38,7	43,7
Para las familias con ingresos más bajos	52,0	47,6	52,6	56,4	51,7
NS/NC	1,6	4,9	6,0	4,9	4,6
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

El igualitarismo, ante esta política al menos, está más extendido entre la población relativamente joven que entre los de más edad. La ruptura aparece, de nuevo, en los alrededores de los 45 años. Así, por ejemplo, los defensores de que la ayuda, de 2500 Euros por hijo adicional tenido o adoptado, sea para toda la población llega al 46-47% y cae hasta el 38,5% entre los mayores de 65 años de edad. Sin embargo **no sabemos si se trata de una opinión estructural o simplemente una opinión debida a que la población menor de 45 años es la que resulta más beneficiada por esta política.**

Uno de los aspectos más interesantes de los resultados frente a esta pregunta es que **no hay diferencias de opinión entre los distintos grupos según la ideología política** de los entrevistados. La falta de diferencias es, en sí misma, muy significativa de que el igualitarismo universalista o la política de “restablecimiento de la justicia” por la vía del trato desigual tienen la misma importancia relativa para diferentes opciones políticas -al menos tal y como aparece esa importancia relativa entre nuestros entrevistados-.

Tampoco aparecen diferencias claras entre las distintas clases sociales de adscripción de los entrevistados ni entre los diferentes niveles de estudios (aparecen como algo más universalistas -aunque en muy poca medida- los que tienen estudios de primaria o carecen de estudios). Lo mismo podemos decir sobre las diferencias entre los grupos establecidos a partir de la situación laboral.

Por tanto, en el caso al menos de esta política, **no podemos establecer ninguna influencia clara de las variables de “estructura social” sobre el universalismo-igualitarista o la visión redistributiva-desigualitaria del Estado de Bienestar -redistribución siempre mezclada con un cierto propósito de restablecimiento de la justicia (dar la ayuda a los que tienen menos ingresos y privar de la misma a los que tienen más ingresos)-.**

4 El sistema progresivo de la ayuda y el Estado de Bienestar

El desarrollo histórico del Estado de Bienestar ha estado ligado a una cierta idea de sistemas de “progresividad”, tanto en materia impositiva como en muchas de las prestaciones. Un compromiso entre la idea de universalidad-igualitarista y la idea redistributiva-desigualitarista -o de justicia- parece haberse encontrado, históricamente, en la progresividad. Así ocurre en el caso de los impuestos directos (i.e., el IRPF) -esto independientemente de que luego, en la práctica, se encuentre que la progresividad es, incluso, contraproducente para la redistribución de rentas-.

La progresividad, en el caso de la prestación de 2500 Euros por hijo adicional tenido, supondría, por ejemplo, una reforma que supusiera un aumento de la ayuda a medida que se tuvieran más hijos adicionales.

En nuestro cuestionario la pregunta que hace referencia a esta cuestión es:

“Siguiendo con la ayuda de 2500 Euros, ¿cree usted que esa cantidad debería ser igual para cada hijo que se tenga o que debe aumentar con cada hijo sucesivo?”

- Siempre la misma ayuda
- La ayuda debe aumentar con cada hijo sucesivo
- NS/NC”

La opinión de los entrevistados se encuentra dividida casi por la mitad. **El 47% piensa que no debería aplicarse la progresividad** -por lo menos en este caso- **y el 42,5% opina que sí debería aplicarse** -aumentando la ayuda según el número de hijos adicionales tenidos-.

Tabla 64. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si la ayuda de 2500 Euros por hijo/a adicional debería aumentar con el número de hijos de una familia u hogar. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Siempre la misma	51,2	52,4	42,5	39,9	46,8
Aumenta con los hijos sucesivos	43,9	38,9	42,8	46,5	42,6
NS/NC	4,9	8,6	14,7	13,6	10,6
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Aunque no hemos encontrado ninguna diferencia de opinión según el sexo de los entrevistados, sí aparecen significativas diferencias en la opinión de los distintos grupos de edad. **La ayuda debe ser la misma para cualquier número de hijos tenidos según la mayoría de los que tienen menos de 45 años.** De nuevo nos aparece esa edad como límite de una estructura diferenciada de opinión. El 52% de los dos grupos de edad por debajo de los 45 años (el de 18-29 y el de 30-44) defienden la idea no progresiva o “igualitaria” de la ayuda. La posición igualitaria alcanza, ante esta ayuda, sólo al 40% entre los mayores de 65 años. La defensa de la progresividad -defensa de la redistribución como propósito

fundamental- no tiene una relación tan clara con la edad como la idea igualitaria, pues está contaminada por los que no responden a la pregunta. Puede decirse sin embargo, con matices, que la defensa de la progresividad aumenta con la edad -al menos a partir de los 30 años-.

La ideología política no tiene relación con las respuestas dadas a esta pregunta.

Tabla 65. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre si la ayuda de 2500 Euros por hijo/a adicional debería aumentar con el número de hijos de una familia u hogar. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Siempre la misma	47,3	50,9	37,3	46,8
Aumenta con los hijos sucesivos	44,2	39,4	50,0	42,6
NS/NC	8,5	9,7	12,7	10,6
Nº casos	129	739	314	1182

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 65 muestra un resultado esperado, pero no por ello, menos relevante o significativo. **La clase baja siempre ha sentido como una cierta injusticia el hecho de que el Estado de Bienestar tienda al “igualitarismo” en las prestaciones**, pues, podríamos decir, que es cierto, para una parte relevante de las mismas, que “a diferente situación diferente trato”, es decir verían como más “justo” que las ayudas, en este caso a las familias o madres por cada hijo adicional, fueran progresivas en el sentido de que la subvención aumentara por cada hijo adicional. Naturalmente esto no tendría, en este caso, que beneficiarla, pues debería probarse que las clases bajas tienen o desean tener más hijos que otras clases sociales. Ese supuesto, que fue cierto en el pasado, no lo es en la actualidad de forma general -salvo para ciertos subgrupos específicos-.

La tabla muestra esa tendencia: mientras que los que se identifican como de clase baja piensan que la ayuda por hijo adicional debiera ser siempre la misma es el 37%, en las otras dos clases esa idea es defendida por el 47% entre la clase alta y el 51% entre la clase media. **La clase media es la que con más fuerza defiende el “igualitarismo”** de las prestaciones -podría ser perjudicada con la progresividad (lo que preocupa menos a la clase alta, que dispone de más recursos)-.

La defensa que la clase baja hace de la progresividad tiene una base racional en el hecho de que **un trato “igualitario” en esta materia podría tener efectos perniciosos sobre la distancia económica entre clase alta y baja**. Dado que la ayuda para la clase alta es “marginamente” muy pequeña en tanto que para la baja su “valor” es más elevado, podría ocurrir que las clases bajas fueran más “animadas” a tener hijos adicionales. Pero si el “precio” de un hijo -incluso para la clase baja- es más alto que la prestación (2500 Euros) entonces resultaría que estaríamos ante una política provocadora de desigualdad.

5 El formato de las ayudas a las familias por tener un hijo adicional

En el cuestionario se plantea a los entrevistados sobre su preferencia, en general, por la forma en que deben prestarse las ayudas a las familias. En la mayor parte de los países se combina una política de pagos únicos para ciertos aspectos, pagos mensuales o periódicos y ayudas indirectas como, por ejemplo, las desgravaciones o descuentos en los impuestos directos (caso del IRPF). La pregunta tiene la intencionalidad, en realidad, de juzgar el hecho de que se conceda una ayuda relativamente importante de una sola vez, al nacer el niño, en lugar de reforzar las ayudas mensuales a las familias o las desgravaciones fiscales.

La pregunta tiene, en el cuestionario, la siguiente redacción:

“¿Cómo preferiría usted que se concedieran esas ayudas a las familias? -se hacía referencia a las ayudas a las familias en general, pero tras varias preguntas sobre el pago de 2500 Euros por hijo adicional, de manera que los entrevistados sabían que nos referíamos a ese pago-

- Pago inicial al nacer el hijo
- Pago directo mensual hasta cumplir 18 años
- Ayudas indirectas (desgravaciones, becas, etc.).
- NS/NC”

Tabla 66. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre la forma en que deberían prestarse las ayudas a las familias. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Un pago inicial al nacer el hijo	20,9	29,2	22,1	18,1	23,2
Pago directo mensual hasta cumplir 18 años	49,2	36,5	34,2	40,3	39,2
Ayudas indirectas (desgravaciones, becas...)	27,5	26,8	33,3	23,9	28,2
NS/NC	2,5	7,6	10,3	17,7	9,4
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

El 39% de los entrevistados prefieren una ayuda mensual regular hasta los 18 años (necesariamente debería ser pequeña). El **28% se inclinan por ayudas indirectas** (descuentos o desgravaciones en los impuestos) y el **23% por un pago inicial** como el que supone la ayuda de los 2500 Euros por hijo nacido. Un 9% no contesta a la pregunta.

En primer lugar, en la tabla 66 aparece un **aumento de los que “no contestan” a medida que crece la edad: desde un 2,5% entre los menores de 30 años hasta un 17,5% entre los mayores de 65**. El dato es significativo pues muestra que la información y el interés en esta materia son más altos entre los jóvenes, lo que es lógico.

El pago directo mensual es mucho más interesante, según las respuestas de los entrevistados, **para los que tienen menos de 30 años**, entre los que casi la mitad (en concreto el 49%) prefieren ese sistema. Probablemente la causa que explica este fenómeno es

que **el pago de una sola vez no resulta demasiado eficaz para unas cohortes** que, en general, **aún no se plantean tener hijos**¹⁷. La defensa del pago directo va disminuyendo de forma importante (36,5% la defienden entre los que tienen de 30 a 45 años y aún sigue cayendo hasta el 34% entre los que tienen de 45 a 65 años). La opinión de los mayores de 65 años resulta más bien errática -en parte muy contaminada por el hecho de haber en ese grupo tantas “no-respuestas”-.

En las cohortes de edad que tienen, en la última década, la fecundidad más elevada -mujeres de 30 a 40 años-, es decir, en el grupo de edad de 30 a 45 años, **la defensa del pago directo único** (tal y como está diseñada la política de los 2500 Euros por hijo adicional) **es más alta**: 29% de entrevistados la prefieren en ese grupo de edad y, aproximadamente, poco más del 20% en las cohortes más jóvenes o mayores.

No hay grandes diferencias de opinión entre los dos sexos. Las mujeres son algo más partidarias del pago directo mensual (43% frente a 35% entre los varones) y, en cambio, los varones prefieren con cierta mayor fuerza los pagos indirectos (vía desgravaciones, por ejemplo).

Tabla 67. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre la forma en que deberían prestarse las ayudas a las familias. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Un pago inicial al nacer el hijo	28,8	25,6	19,1	23,2
Pago directo mensual hasta cumplir 18 años	35,0	38,0	40,1	39,2
Ayudas indirectas (desgravaciones, becas...)	27,7	26,8	33,6	28,2
NS/NC	8,5	9,6	7,2	9,4
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Otra variable que tiene una relación relativamente consistente y alta con el formato preferido para las ayudas familiares es la **ideología política** a la que se adscriben los entrevistados. **El pago único al nacer el hijo es objeto de mayores preferencias a medida que más nos situamos en la izquierda** (29% frente a 19% entre los que se adscriben a la derecha política). El pago directo mensual tiene la evolución contraria: es más alta la preferencia por ese sistema entre los de derecha (40%) y va cayendo algo a medida que nos movemos hacia la izquierda (35%).

En esta opinión sobre el pago directo **puede haber un cierto efecto político** en el sentido de un apoyo al gobierno (que decretó la ayuda de los 2500 Euros) por parte de los que se sitúan a la izquierda y un cierto rechazo -relativo- por parte de los que se ubican en la derecha política.

¹⁷ La fecundidad de los grupos de edad menores de 30 años ha caído mucho desde los años 80. La fecundidad más elevada tiene lugar en los grupos de edad, precisamente, posteriores a los 30 años.

En un sentido estructural es más relevante, por ser más estructural y consistente, la opinión, algo más favorable de la derecha por las ayudas indirectas (33,5% frente a 26-27% en los otros grupos). Es consistente con la tradición ideológica e “impositiva” de la derecha, pues los partidos liberal-conservadores han preferido siempre utilizar las ayudas indirectas (vía, por ejemplo, desgravaciones) para este tipo de políticas.

Las diferencias de opinión según la clase social de adscripción no son significativas, salvo en un punto de cierto interés: **los que se adscriben a la clase alta son más partidarios de las ayudas indirectas** (34% frente a 26-27% en los otros grupos -clase media y baja-). La coherencia es alta en esta respuesta. **A medida que los individuos pagan más impuestos, más fácil es que apoyen sistemas indirectos de ayudas sociales relacionados con las desgravaciones o descuentos impositivos.** En la medida en que los que se autoidentifican como de “derecha” afirman con más frecuencia ser de clase alta, entonces la defensa por ese grupo social de las ayudas indirectas es coherente y depende no tanto de la ideología cuanto de la clase social.

Tabla 68. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre la forma en que deberían prestarse las ayudas a las familias. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
Un pago inicial al nacer el hijo	22,1	24,5	22,7	23,2
Pago directo mensual hasta cumplir 18 años	43,8	38,0	34,8	39,1
Ayudas indirectas (desgravaciones, becas...)	24,1	29,9	31,4	28,3
NS/NC	10,0	7,7	11,2	9,4
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

El nivel de estudios también está relacionado con la preferencia por una forma u otra de la prestación de ayudas familiares. Mientras la defensa por el sistema de pago único se mantiene estable en los alrededores -muy cercanos- del 20%, la opinión por ayudas directas mensuales o por indirectas expresa la diferencia entre los distintos grupos sociales. Efectivamente, **a medida que el nivel de estudios aumenta la preferencia por el pago directo mensual disminuye** (del 44% entre los que no tienen estudios o sólo los tienen de nivel primario hasta el 35% entre los que tienen estudios superiores). Por el contrario, la preferencia por ayudas indirectas aumenta desde el 24 hasta el 31% entre los dos mismos grupos según su nivel de estudios. Dicho de otro modo, a medida que los niveles de estudios son más altos la preferencia es mayor por el pago indirecto y menor por el pago directo. Esto tiene, probablemente, que ver con el hecho de que los que tienen estudios superiores tienen una posición mejor en el mercado de trabajo y, por tanto, probablemente, pagan más impuestos y, en consecuencia, prefieren los sistemas indirectos de ayuda.

La situación laboral no tiene una relación clara con esta opinión y, en cualquier caso, la relación no es estadísticamente significativa.

6 El fin primordial de las ayudas familiares.

Las ayudas a las familias pueden tener diversos fines, no siempre claros o “aclarados” cuando se establecen. Naturalmente puede tratarse de cumplir varios fines a la vez. Nosotros hemos intentado forzar a los entrevistados a definir cuál es -o debería ser- el fin primordial de dichas ayudas. La pregunta se centraba en tres posibles fines: el aumento de la natalidad, la política social *per se* -o sea, la ayuda a las familias con pocos ingresos o a todas la familias frente a las “no-familias”- y la igualdad de la mujer. Su redacción exacta era la siguiente:

“Si tuviéramos que establecer un fin primordial de estas ayudas, usted diría que ese fin es, sobre todo,

- **Aumentar la natalidad en España**
- **Ayudar a familias con pocos ingresos.**
- **La igualdad de la mujer (para que pueda conciliar vida laboral y vida familiar)**
- **NS/NC”**

La pregunta no está orientada, específicamente, a la ayuda de 2500 Euros por el nacimiento de un hijo/a más, sino que, intencionalmente, se refiere a “toda política familiar”.

Tabla 69. Opinión, según el sexo de los entrevistados, sobre el objetivo principal de las políticas familiares. (PORCENTAJES)

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Aumentar la natalidad en España	37,6	36,3	36,9
Ayudar a familias con pocos ingresos	30,5	29,9	30,2
Igualdad de la mujer (para que pueda conciliar vida laboral	16,1	22,4	19,3
NS/NC	15,8	11,4	13,5
Nº casos	590	615	1205

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

El 37% de los entrevistados ponen como fin primordial de las ayudas el aumento de la natalidad, lo que prueba su preocupación por este tema. **El 30% señalan que el fin primordial es el fin social**, o sea, ayudar a las familias con pocos ingresos. **El 19,5% se inclinan por la conciliación entre vida laboral y familiar y las ven como políticas esencialmente en defensa de igualdad de la mujer**. Hay un alto número de no-respuestas que llega al 13,5%.

No hay apenas, como se aprecia en la tabla 69, diferencias de opinión según el sexo de los entrevistados. Quizá cabría simplemente mencionar que las mujeres, en una pequeña cantidad, tienden a ver más estas políticas como políticas de ayuda a la mujer.

Tabla 70. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre el objetivo principal de las políticas familiares. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Aumentar la natalidad en España	41,0	37,3	37,4	31,7	36,9
Ayudar a familias con pocos ingresos	37,3	28,4	26,4	31,3	30,2
Igualdad de la mujer (para que pueda conciliar vida laboral	16,4	20,8	20,1	18,9	19,3
NS/NC	5,3	13,5	16,1	18,1	13,5
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Si observamos la tabla 70, en todos los grupos de edad domina la idea de que el fin primordial de las políticas familiares es el aumento de la natalidad y de forma homogénea (37-40%). Las diferencias son también pequeñas con respecto a aquellos que las ven como políticas orientadas, sobre todo, a la defensa de la igualdad de la mujer. Quizá, en este sentido, podríamos mencionar el hecho de que los menores de 30 años tienden a ver ese como el propósito central.

Las diferencias están, sobre todo, en cuanto a su consideración como “política sociales” focales, diseñadas para ayudar a una parte de la población (las familias con más problemas sociales o a todas las familias frente a los hogares considerados como “no-familias”). **La opinión de que ese es el fin primordial es más elevada a medida que la población es más joven**, de forma que entre los menores de 30 años los que sostienen esa idea llegan a ser el 37,5% y esa importancia va cayendo hasta el 26,5% entre los que tienen de 45 a 65 años. Luego vuelve a elevarse algo, remarcando la opinión, poco estructural (en este tema) de los que tienen más de 65 años.

La ideología no tiene efectos reseñables sobre estas respuestas, salvo que entre la “izquierda” se indica con más fuerza, como fin de las políticas familiares, la ayuda a la mujer. Se trata de un efecto de alcance muy limitado. Tampoco hay efectos destacables de la variable “clase social de adscripción” con el fin de estas políticas.

Tabla 71. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre el objetivo principal de las políticas familiares. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
Aumentar la natalidad en España	33,3	39,7	37,6	36,9
Ayudar a familias con pocos ingresos	32,4	30,1	28,0	30,3
Igualdad de la mujer (para que pueda conciliar vida laboral	21,7	19,6	15,5	19,2
NS/NC	12,7	10,7	18,9	13,6
	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

El nivel de estudios sí está relacionado significativamente con la opinión sobre el fin de las políticas familiares. El aumento de la fecundidad es señalado como fin esencial más por los que tienen estudios de nivel medio o superior (37,5-39,5%) que por los que tienen el nivel más bajo de estudios (33%). Éstos, por el contrario, piensan, con más intensidad, que el fin esencial es la ayuda a las familias con pocos recursos -opinión que disminuye ligeramente según aumenta el nivel de estudios-. También es señalada más veces como fin la igualdad de la mujer por los que tienen menor nivel de estudios. Es lógico que este grupo defienda con más intensidad del fin social de las ayudas... y, también, que los de más estudios pongan más el acento en la fecundidad.

7 ¿Cómo financiar la ayuda a las familias?

En el cuestionario se ha planteado cómo financiar un ulterior aumento de las ayudas familiares (España es uno de los países de la OCDE con políticas familiares más exigüas). Las posibilidades dadas a los entrevistados son: aumento de impuestos generales, reducción de otros gastos sociales, reducción de gastos públicos no sociales. Se trata de plantear a los entrevistados alternativas reales de aumento del coste social, en este caso, por el aumento de las ayudas familiares.

La pregunta aparecía en el cuestionario como:

“¿Cómo debería financiarse la ampliación de las ayudas a las familias?”

- **Aumentando los impuestos generales**
- **Reduciendo otros gastos sociales (por ejemplo la educación)**
- **Reduciendo otros gastos públicos, aunque no los sociales.**
- **NS/NC”**

Tabla 72. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre cómo debiera financiarse una posible intensificación de las políticas familiares. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Aumentando los impuestos generales	19,7	17,6	11,2	14,5
Reduciendo otros gastos sociales (por ejemplo educación)	6,0	10,0	9,2	9,5
Reduciendo otros gastos públicos, aunque no los sociales	59,6	56,0	65,1	58,3
NS/NC	14,8	16,4	14,5	17,7
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

En la columna de “total” de la tabla 72 aparecen las respuestas del conjunto de los entrevistados. **El 58% piensa que la forma de financiar nuevas ayudas familiares es la disminución de “otros gastos públicos, aunque no los sociales”,** o sea, las inversiones o los gastos ordinarios de funcionamiento de las administraciones públicas. Es, obviamente, lo más sencillo de contestar. Los entrevistados tienden a creer que no hay dificultades para eso. El 14,5% piensa que la forma de financiación debiera ser el aumento de los impuestos generales

y el 9,5% que debería procederse mediante la reducción de otros gastos sociales (en el cuestionario se pone como ejemplo la educación).

No hay ninguna relación relevante entre las variables socio-demográficas y las opiniones sobre cómo financiar una posible ampliación de las ayudas a las familias. Sí existe una relación estadísticamente significativa entre la ideología política de adscripción y la variable que nos ocupa. La tabla 72 expresa esa relación.

La posición de los que se autodefinen como de izquierdas es algo más favorable al aumento de los impuestos generales (19,5%), pero esa idea es cada vez menos popular a medida que nos movemos hacia la derecha (sólo el 11% pensaría en un posible aumento de impuestos). Lo contrario ocurre con la reducción de otros gastos sociales como forma de financiación de las hipotéticas “nuevas” ayudas familiares: el 6% entre los de izquierda defendería esa posibilidad, frente a datos algo más elevados entre los de centro y los de derecha (9-10%).

Pero, con diferencia, la opinión dominante es la de reducir “otros gastos públicos” no sociales. Y aquí hay, especialmente, una abultada mayoría de los que se autodefinen como de “derecha”: 65% de entre ellos conciben que ese posible aumento de gastos en ayudas a la familia debiera financiarse con la reducción de “otros gastos públicos” no sociales.

Las opiniones no están sesgadas de manera significativa según la clase social de adscripción de los entrevistados, de manera que las diferencias que hemos encontrado a partir de la ideología no tienen que ver con la clase social adscriptiva.

Tabla 73. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre cómo debiera financiarse una posible intensificación de las políticas familiares. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
Aumentando los impuestos generales	9,7	17,1	16,8	14,5
Reduciendo otros gastos sociales (por ejemplo educación)	12,2	7,7	8,7	9,5
Reduciendo otros gastos públicos, aunque no los sociales	55,5	61,0	58,1	58,3
NS/NC	22,6	14,3	16,5	17,7
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

Hay, también, una cierta relación (significativa) entre el nivel de estudios y la forma de financiación de posibles incrementos del gasto en políticas familiares. Como puede apreciarse en la tabla 73, **a medida que aumenta el nivel de estudios aumenta la proporción de individuos que elegirían la reducción de “otros gastos” públicos -no sociales-** como forma de financiación, pero, **sobre todo, aumenta el de aquellos que ven como más plausible el aumento de los impuestos generales**, desde el 9,5% (entre los que tienen el más bajo nivel de estudios) hasta el 17% entre los que tienen estudios de nivel más alto.

VI LA POLÍTICA DE AYUDAS A LAS PERSONAS DEPENDIENTES

Recientemente las Cortes Españolas aprobaron la ley que protege a las personas dependientes y les permite pagar a sus cuidadores (incluidos los familiares de la persona dependiente). Dada su novedad decidimos incluir algunas preguntas sobre este tema que supone, desde nuestro punto de vista, un cierto aumento del Estado de Bienestar.

1 El acuerdo con la ley de dependencia

La primera cuestión se refiere al acuerdo con la ley en general. Está redactada, en el cuestionario, en los siguientes términos:

“De acuerdo con la nueva ley, las personas con gran dependencia (que son aquellas que no tienen autonomía personal y que no pueden realizar actividades cotidianas) pueden recibir una ayuda económica para sus cuidados por parte de la familia. ¿Le parece a usted una buena medida?”

- Sí
- No
- NS/NC”

Tabla 74. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre si las persona con gran dependencia deben o no recibir ayuda para pagar a su cuidador/a. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Sí	97,7	96,0	92,8	95,1
No	2,1	3,2	4,6	4,0
NS/ NC	0,3	0,8	2,6	0,9
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La opinión favorable a la ley de dependencia, por parte de nuestros entrevistados, es tan grande que no cabe duda que ha tenido una gran aceptación entre la población. **El 95% de los entrevistados contesta que le parece una buena medida.** Sólo un 4% piensa que no es una buena medida.

El acuerdo no sólo es muy grande, sino que apenas encontramos grupos, según la estructura social, que se opongan, mucho más allá de ese 4%, a la política de protección de las personas dependientes en la forma en que lo hace la reciente ley española. Mostramos la tabla 74 como prueba de ello. Se trata de la relación entre la ideología política de adscripción de los entrevistados y el acuerdo o no con la ley. Los que se identifican con la “derecha” “sólo” estarían de acuerdo con la ley en un 92,5% -los de centro o izquierda mostrarían un acuerdo del 96-97,5%-. Es la diferencia mayor que hemos encontrado en un grupo social con

respecto a la media de opiniones favorables ante la ley. Creemos que esto es prueba del gran apoyo social a la misma.

La población, pues, acepta que el Estado de Bienestar pueda ampliarse en un caso, por ejemplo, como el de las personas dependientes.

2 Pagar a una familiar que no trabaja por el cuidado de otro familiar

La siguiente pregunta era acerca de si en esa expansión del Estado de Bienestar les parecía o no razonable, a los entrevistados, que se pagara una ayuda a una persona que no tiene trabajo remunerado en la economía y se dedica, entonces, al cuidado de una persona. La redacción de la pregunta era la siguiente:

“¿Cree usted que una persona -por ejemplo un hijo/a- que no desempeñe una actividad remunerada deba percibir una prestación económica por el cuidado de una persona con gran dependencia?”

- Sí
- No
- NS/NC”

Tabla 75. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si un familiar que no es activo en el mercado de trabajo debería percibir la compensación económica por cuidar a otro familiar dependiente. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Sí	86,9	90,8	93,1	93,0	91,1
No	9,0	5,9	5,2	3,3	5,8
NS/NC	4,1	3,2	1,7	3,7	3,1
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado = 0,1

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 75 muestra, de nuevo, el gran acuerdo existente con el planteamiento de la pregunta. La pregunta pone al entrevistado ante el hecho de una persona – hijo/a - que no trabaja, es decir, que no tiene ningún ingreso por actividad laboral y que podría “aprovechar” la ley para ganar un pequeño sueldo o ingreso como cuidador de un familiar cercano (padre/madre). **El planteamiento es que no se trata de una persona que incurre en un “coste oportunidad” por cuidar a otra persona, por ejemplo a un padre o una madre ancianos.** Se puso este ejemplo porque muchos entrevistados pueden considerar una obligación el que el hijo/a que no trabajen cuide a su padre o madre enfermos.

Pues bien, el resultado, como aparece en la tabla 75 es que **la inmensa mayoría de los entrevistados consideran justo que esa persona perciba la prestación o ayuda económica (91%)**. Sólo el 6% piensa que ese “cuidador” no debiera cobrar nada. El acuerdo es tan grande, prácticamente, como el existente respecto a la ley en general.

Una de las variables que muestra una relación con este acuerdo general básico es la edad de los entrevistados. **En la misma tabla se aprecia que a medida que crece la edad el acuerdo con ese pago al cuidador es mayor.** Entre los menores de 30 años el acuerdo es muy mayoritario, pero “sólo” alcanza al 87% (aunque la oposición al mismo, en ese grupo de edades jóvenes, es de un mero 9%). El acuerdo con la ley se hace máximo en las edades más avanzadas, a partir de los 45 años, llegando al 93%. Quizá un pequeño sector de jóvenes juzga impropio pagar a alguien, por cumplir con su obligación, si ese alguien no incurre en ningún coste-oportunidad -al menos inicialmente-. Los de más edad, en cambio, pueden apreciar en el pago a esa persona la garantía de un posible cuidador en un hipotético futuro.

Se han encontrado algunos pequeños matices que diferencian el grado de aprobación entre los que tienen distinta ideología política de adscripción. **Los de “derecha” aprobarían ese pago en el 87% de los casos, mientras que los de “izquierda” lo harían en un 92,5%.** Esa diferencia es significativa estadísticamente, pero de muy poca entidad. Lo que cabe decir con claridad es que el pago estaría aprobado fuertemente por todo el espectro ideológico de los entrevistados.

Tabla 76. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre si un familiar que no es activo en el mercado de trabajo debería percibir la compensación económica por cuidar a otro familiar dependiente. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
Sí	94,2	90,2	88,5	91,1
No	3,6	6,6	7,5	5,8
NS/NC	2,2	3,2	4,0	3,1
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,1

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La variable que mejor “correlaciona” con las respuestas a esta pregunta es el nivel de estudios. Apréciase que el porcentaje de los que pagarían a una persona que por cuidar a otra no incurriera en “coste oportunidad” se reduciría según aumenta el nivel de estudios. Entre los que tienen el nivel más bajo aprueban el pago en un 94%, mientras que los que tienen estudios superiores lo aprueban en un 88,5%. Es una pequeña reducción, que demuestra que todos los grupos aprueban el pago pero que hay un pequeño sector de los que tienen estudios superiores que es sensible a la inexistencia de “coste oportunidad” en el caso del cuidador.

3 La selección de un buen cuidador: la familia, el mercado o el Estado

Ya en otro momento de este informe hemos hablado de la opinión de nuestros entrevistados sobre la posibilidad de que se privatice la oferta sanitaria, o parte de ella, ahora en manos públicas. Lo que ahora planteamos respecto a las personas dependientes tiene que ver con esa misma idea. Se plantea a los entrevistados la posibilidad de elegir entre el mejor “cuidador” para distintos tipos de personas dependientes: casos del Alzheimer, las discapacidades mentales o las discapacidades físicas. La pregunta era la siguiente:

“Voy a plantearle tres tipos de situaciones de dependencia. Quisiera que me dijera, sobre cada una de ellas, cuál le parece la mejor medida: crear más centros públicos de asistencia, concertar los servicios con centros privados o facilitar el cuidado por parte de la familia.

C.Públicos C. Concertados Familia

- **Personas con Alzheimer**
- **Personas con discapacidades mentales**
- **Personas con discapacidades físicas”**

Tabla 77. Opinión, según los entrevistados de la muestra general, sobre qué institución (Estado, Mercado o Familia) es el más apropiado para cuidar a una persona dependiente por las causas que se mencionan. (PORCENTAJES)

	Institución			Nº casos
	Estado	Mercado	Familia	
Personas con Alzheimer	53	10,7	36,3	1205
Personas con discapacidades mentales	66,1	14,8	19,1	1205
Personas con discapacidades físicas	47,7	10,5	41,8	1205

Nota: Porcentajes en horizontal. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 77 muestra los resultados globales, para toda la muestra, frente a las tres posibles causas de dependencia y la preferencia, para cada una de ellas, de un cuidador: el Estado (representado por los Centros Públicos) el mercado (representado por los Centros Concertados) o la Familia.

Podemos apreciar, con cierta claridad no exenta de matizaciones importantes, una preferencia por el estado, es decir, por la creación y habilitación de centros públicos para el conjunto de las tres clases de dependencia. La preferencia es muy alta en el caso de las personas con discapacidades mentales. Los entrevistados prefieren, en conjunto, que sea el estado, a través de centros públicos, el que directamente se haga cargo de esas personas (dicha preferencia alcanza al 66%). El resto de entrevistados, en ese caso concreto de dependencia, se inclinan por la familia (19%) y, finalmente, por el mercado (14%) -que estaría representado por la expresión “centros concertados”, que implican una oferta privada supervisada por el estado-.

La preferencia por el estado alcanza también claramente al caso de las personas con Alzheimer -en realidad una clase particular de enfermedad mental- (53%). La proporción de los que eligen la familia como “cuidador” más apropiado sube al 36,5% y la preferencia por los centros concertados incluso es más baja (10,5%) que en caso, más general, de las personas con enfermedades mentales.

Finalmente, **para el caso de las personas discapacitadas por motivos físicos la preferencia mayor sigue siendo por los centros públicos (estado)**, aunque esa preferencia se reduce al 47,5%. La preferencia por el mercado se mantiene en límites moderados (10,5%) y **la preferencia por la familia es la más alta (42%) de entre las tres enfermedades.**

Hay, pues, una preferencia genérica por los centros públicos que, creemos, es genérica, pues los tres casos de discapacidad que hemos señalado en el cuestionario nos

parecen, en conjunto, una especie de “causa genérica” de la dependencia. Hay algunos matices pues esa preferencia es más baja para el Alzheimer y las discapacidades por motivos físicos -aunque siempre es la preferencia máxima-.

La familia aparece como segunda preferencia, sobre todo para el Alzheimer y las personas con discapacidades físicas. El mercado -o los centros concertados- es la última preferencia, a un nivel relativamente bajo, para cualquier tipo de dependencia.

La población confía, podemos decir, en el aparato público de protección y en la familia mucho más que en el mercado.

Si atendiéramos a las preferencias de las mujeres y varones encontramos que básicamente tienen la misma opinión que la descrita para toda la muestra pero que **los varones confían algo más en la familia para el caso de las discapacidades mentales** (22%, frente a 16,5% en el caso de las mujeres) -resultado estadísticamente significativo-.

Tabla 78. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre quién debiera hacerse cargo de ciertos tipos de personas dependientes. (PORCENTAJES)

	Personas con Alzheimer				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
C Públicos	47,1	55,1	57,5	49,4	53,0
C concertados	14,8	13,2	7,5	7,4	10,7
Familia	38,1	31,6	35,1	43,2	36,3
Nº Casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

	Personas con discapacidades mentales				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
C Públicos	55,3	67,0	71,0	68,7	66,1
C concertados	19,3	17,3	10,6	12,3	14,8
Familia	25,4	15,7	18,4	18,9	19,1
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,001

	Personas con discapacidades físicas				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
C Públicos	45,1	44,3	51,4	50,2	47,7
C concertados	13,5	12,7	6,6	9,5	10,5
Familia	41,4	43,0	42,0	40,3	41,8
Nº casos	244	370	348	243	1205

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La tabla 78 muestra la relación entre la variable edad y la opinión sobre el “cuidador” más aceptable de la persona dependiente en los tres casos de dependencia que estamos analizando. Dos son los comentarios que debemos extraer de esta tabla, y ambos se refieren, esencialmente, al grupo de edad más joven (18-29 años)

1° Los más jóvenes tienden a confiar menos en el Estado que las personas de más edad. Véase, por ejemplo, el caso de las personas con Alzheimer y el de las personas con “discapacidades mentales” en general. Siempre, sin embargo, mantienen una fuerte confianza en los centros públicos para atender a las personas dependientes.

2° La confianza en el mercado es mayor a medida que los entrevistados son más jóvenes. En todos los casos ocurre este hecho. No sabemos si la causa es la edad (es decir, es posible que esos jóvenes cambien de opinión a medida que aumente su edad) o si se trata de un cambio estructural.

Tabla 79. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre quién debiera hacerse cargo de ciertos tipos de personas dependientes. (PORCENTAJES)

	Personas con Alzheimer			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
C Públicos	57,5	59,6	46,7	53,0
C concertados	11,7	10,0	17,1	10,7
Familia	30,8	30,4	36,2	36,3
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,001

	Personas con discapacidades mentales			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
C Públicos	67,9	67,2	62,5	66,1
C concertados	10,9	16,4	21,1	14,8
Familia	21,2	16,4	16,4	19,1
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,01

	Personas con discapacidades físicas			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
C Públicos	47,4	50,0	46,1	47,7
C concertados	9,8	12,0	15,8	10,5
Familia	42,7	38,0	38,2	41,8
Nº casos	386	250	152	788

Chi-cuadrado < 0,2

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La tabla 79, sobre la relación entre la variable de la ideología política de adscripción y el “cuidado” de las personas dependientes, muestra, igualmente, dos evidencias interesantes:

1° Que los que dicen tener una ideología política de “derecha” confían algo más en el mercado. Así ocurre en los tres casos de dependencia según su causa.

2° Que, esencialmente, es irrelevante la ideología política para explicar la opinión de los entrevistados sobre el mejor cuidador de las personas dependientes. La opinión estructural es la misma: Estado, Familia y Mercado, por ese orden, para todas

las ideologías, independientemente de pequeños matices y cualificaciones, que tienen un significado interesante pero que no afecta a la visión esencial del problema.

Tabla 80. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre quién debiera hacerse cargo de ciertos tipos de personas dependientes. (PORCENTAJES)

	Personas con Alzheimer			Total
	Alta	Media	Baja	
C Públicos	46,5	52,4	57,6	53,0
C concertados	18,6	11,1	6,7	10,7
Familia	34,9	36,5	35,7	36,3
Nº casos	129	739	314	1182

Chi-cuadrado < 0,001

	Personas con discapacidades mentales			Total
	Alta	Media	Baja	
C Públicos	52,7	68,1	67,5	66,1
C concertados	26,4	15,0	8,9	14,8
Familia	20,9	16,9	23,6	19,1
Nº casos	129	739	314	1182

Chi-cuadrado < 0,01

	Personas con discapacidades físicas			Total
	Alta	Media	Baja	
C Públicos	41,1	47,9	51,0	47,7
C concertados	18,9	11,2	5,7	10,5
Familia	40,3	40,9	43,3	41,8
Nº casos	129	739	314	1182

Chi-cuadrado < 0,1

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

El análisis de la relación entre clase social y la función del Estado, la Familia y el Mercado en el Estado de Bienestar -el cuidado de las personas dependientes en este caso- muestra lo que, hipotéticamente, podríamos esperar.

1º De una forma que podemos considerar muy consistente, **a medida que la clase social es más baja más es la confianza en el Estado para el cuidado de las personas dependientes**. Es lógico que las clases bajas no “confíen” en el mercado, pues probablemente piensan que serían incapaces de acceder a cuidados a “precios de mercado” (en realidad esto no se plantea en el cuestionario, pues se habla de centros concertados, o sea, de oferta privada y garantía pública sobre el control y de pago de los servicios). Es inevitable, a nuestro modo de ver, sin embargo, que subsista la sospecha de que podrían quedar desatendidos.

2º *A sensu contrario*, **la clase alta confía más en los centros concertados**, aunque nunca llega a ser una confianza excesivamente elevada (máxima de 26,5% en el caso de las discapacidades mentales). **Pero tan relevante como esto es que también en este caso la confianza en el Estado es mayor**.

3° No hay una relación clara entre la clase social y la relativa confianza en la familia.

Tabla 81. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre quién debiera hacerse cargo de ciertos tipos de personas dependientes. (PORCENTAJES)

	Personas con Alzheimer			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
C Públicos	52,1	55,2	50,9	53,0
C concertados	6,3	10,0	17,1	10,6
Familia	41,6	34,8	32,0	36,4
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,001

	Personas con discapacidades mentales			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
C Públicos	69,3	67,2	60,6	66,1
C concertados	10,7	13,9	21,1	14,7
Familia	20,0	19,0	18,3	19,1
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,01

	Personas con discapacidades físicas			Total
	Sin estudios + Primaria	BUP + FP	Superiores	
C Públicos	49,9	50,7	40,7	47,8
C concertados	8,5	10,2	13,4	10,5
Familia	41,6	39,0	46,0	41,8
Nº casos	411	469	322	1202

Chi-cuadrado < 0,3

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Si atentemos a las diferencias según el nivel de estudios de los entrevistados observamos que:

1° Puede hablarse, en general, de una menor confianza en el Estado (centros públicos) a medida que aumenta el nivel de estudios. Así, en el caso de las personas con discapacidades físicas la confianza en el Estado cae unos 10 puntos (desde el 50% de confianza entre los grupos de estudios de nivel más bajo hasta, aproximadamente, 40%). Esta situación, con otros datos, se repite en el caso de los dependientes mentales en general y, aunque la diferencia sigue existiendo, es menor en el caso de las personas con Alzheimer,

2° Con ciertas excepciones, caso de las personas con discapacidades físicas, la relativamente menor confianza en el Estado por parte del grupo de estudios superiores se traduce, paralelamente, en un aumento de la confianza en el mercado (centros concertados). Debe, no obstante, tenerse en cuenta que en dos de los tres casos el grupo de estudios superiores tiene puesta su mayor confianza en el

Estado, como cuidador (51 y 61% respectivamente para las personas con Alzheimer y las personas con discapacidades mentales). La excepción está en las personas con discapacidades físicas, respecto a las que el grupo de estudios superiores piensa que el mejor cuidador es la familia.

Tabla 82. Opinión, según la situación laboral de los entrevistados, sobre quién debiera hacerse cargo de ciertos tipos de personas dependientes. (PORCENTAJES)

	Personas con Alzheimer			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
C Públicos	59,2	44,7	53,8	55,7
C concertados	10,2	22,8	14,0	13,0
Familia	30,6	32,5	32,3	31,3
Nº casos	422	114	93	630

Chi-cuadrado < 0,001

	Personas con discapacidades mentales			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
C Públicos	67,1	58,8	62,4	64,8
C concertados	14,7	24,6	17,2	17,0
Familia	18,2	16,7	20,4	18,3
Nº casos	422	114	93	630

Chi-cuadrado = 0,1

	Personas con discapacidades físicas			Total
	Asalariado	No asalariado	Funcionario	
C Públicos	49,5	44,7	37,6	46,8
C concertados	10,9	19,3	6,5	11,9
Familia	39,6	36,0	55,9	41,3
	422	114	93	630

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Finalmente, fijándonos en la tabla 82, sobre la relación entre la situación laboral de los entrevistados y la opinión acerca de cuál de las tres instituciones examinadas (Estado, Mercado o Familia) sería el mejor cuidador para los tres tipos de personas dependientes, las conclusiones que podemos extraer son:

1º Que **los asalariados son los que más confían en los centros públicos** como cuidadores, **sea cual sea el tipo de dependencia**. Seguramente estamos ante un **grupo fuertemente convencido del papel social del Estado**. Con una excepción - personas con problemas físicos- también es el grupo que menos confía en el mercado (centros concertados) para atender a las personas dependientes.

2º **Los que menos confían en el Estado** -con la excepción del caso de los funcionarios para las personas con dependencia física- **son los “no-empresarios”**, aunque debe decirse que su confianza en él es mayor que en cualquier otra institución (mercado o familia).

3° Que los funcionarios, aunque tienen una fuerte confianza en el Estado, parecen tener una cierta tendencia a confiar, más que los otros grupos, en la familia. Esto es evidente, **de forma muy particular en el caso de los dependientes físicos.** En este caso los funcionarios creen que el mejor cuidador es la familia (56%) frente al Estado (37,5%).

Podemos concluir, pues, que **los ciudadanos parecen confiar más en el Estado como cuidador de las personas con problemas de dependencia, seguido de la Familia y que, el Mercado tiene pocas preferencias (aproximadamente un 10%).** No obstante hemos visto cómo ciertos grupos tienden a reducir algo su confianza en el Estado y a confiar algo más en el Mercado o la Familia. Es el caso de las personas de clase alta, o de los que se identifican con la derecha o de los no-asalariados y, también, de los más jóvenes. No obstante, casi todos los grupos, para casi todos los tipos de dependencia, ven en los centros públicos a los mejores cuidadores (el caso de los funcionarios que ven como mejor cuidador a la Familia en el caso de las dependencias físicas es una notable excepción).

VII LAS POLITICAS EN DEFENSA DE LA FAMILIA Y LA VISIÓN DEL GRUPO SOCIAL BENEFICIADO

La submuestra focal de las políticas familiares se elaboró a partir de una selección de individuos que pensaban tener un hijo en los tres siguientes años al momento de la entrevista (octubre de 2007) o que lo habían tenido desde hacía menos de tres años. La muestra es, como se señala en la ficha técnica, pequeña (N = 202). Esto significa que una de las variables independientes que hemos utilizado en la muestra general queda ahora invalidada: la situación laboral. Dado que sólo una parte del total de entrevistados es activo en el mercado de trabajo, si la submuestra es de 202 individuos, el tamaño del subgrupo de esos individuos que están en el mercado de trabajo es tan pequeño que no podría salir, prácticamente, ninguna relación estadísticamente significativa entre esa variable y las variables dependientes examinadas.

Ahora el propósito es ver el efecto de las variables independientes (socio-demográficas o de estructura social) sobre las variables dependientes relativas al aspecto que interesa de forma particular al grupo focal de las políticas familiares, o sea, a las preguntas del cuestionario relativas a la protección de las familias o políticas familiares.

1 La ayuda de 2500 Euros por hijo adicional

Analicemos, en primer lugar, la ayuda de 2500 Euros por hijo adicional, establecida por el gobierno a mediados de 2007.

La opinión sobre la cuantía de la ayuda

La opinión de los más afectados por una política social sobre esa política es relevante por cuanto el Estado de Bienestar, al elaborar una política social focal -orientada a la solución de problemas sociales que afectan a grupos sociales particulares- debe atender a sus necesidades. No se trata de comprobar que, por ejemplo, estos grupos sociales están más o menos de acuerdo con esa política que la población en general -es lógico que, en principio, les parezca muy bien cualquier ayuda que el Estado les destine, aunque no es siempre así- sino de saber hasta qué punto el Estado ha dado con la fórmula adecuada de ayuda.

La primera cuestión, referida a este tema en nuestro cuestionario, es la opinión sobre la cuantía de la ayuda, establecida en 2500 Euros por hijo adicional.

Tabla 83. Submuestra focal de políticas familiares. Opinión, según el sexo de los entrevistados, sobre la cuantía de 2500 Euros de ayuda a quienes tengan o adopten un hijo adicional. (PORCENTAJES)

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Excesiva	10,5	3,4	5,4
Escasa	26,3	19,3	21,3
Suficiente	52,6	65,5	61,9
NS/NC	10,5	11,7	11,4
Nº casos	57	145	202

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La tabla 83 muestra el relativamente alto apoyo a esta política entre los afectados o posibles afectados (compárese esta tabla con la 60 -más arriba- y podrá comprobarse que **el apoyo a esta política es muy parecido entre los afectados y entre la población en general**). En cualquier caso el porcentaje de personas afectadas que piensa que la ayuda es suficiente es del 62%. Sólo el 21% la considera escasa -es un contraste curioso con lo que piensa la población en general, en la que el 26,5% piensa que la ayuda es escasa-. Con estos datos podemos decir que **los afectados se muestran satisfechos con la medida y que no se muestran particularmente “egoístas” pidiendo más dinero al gobierno**.

Lo que todavía resulta más curioso, en la tabla 83, es que **el número de mujeres que considera que la ayuda es escasa (19%) es inferior al de varones (26%)**. O sea, las personas más favorecidas -las mujeres- consideran que la ayuda es suficiente (65,5%) en mayor medida que los varones (52,5%). Los hombres critican más la ayuda o por escasa o por excesiva (el 10% la considera excesiva).

Lo curioso de estas respuestas es, aparte del apoyo a la medida en general, que los grupos más afectados (nuevos padres o, en particular, mujeres) no son especialmente críticos con la medida, sino que, en el caso concreto de las mujeres, lo son menos.

Tabla 84. Submuestra focal de políticas familiares. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre la cuantía de 2500 Euros de ayuda a quienes tengan o adopten un hijo adicional. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Excesiva	0	10	2,4	6,1	5,4
Escasa	29,4	31,4	14,6	12,1	21,3
Suficiente	70,6	50	69,5	63,6	61,9
NS/NC	0	8,6	13,4	18,2	11,4
Nº casos	17	70	82	33	202

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Los entrevistados más jóvenes (menores de 45 años) son más críticos con el pago a los nuevos padres de 2500 Euros al nacer un niño. Aproximadamente el 30% de ellos (tanto en el grupo de 18 a 30 años como en el grupo de 30 a 45 años) piensa que la ayuda es

escasa. El porcentaje cae a menos del 15% entre los mayores de 45 años. **La crítica es, por tanto, más elevada entre los grupos que forman las cohortes de mujeres en edad fértil.**

Los entrevistados de las cohortes que más aportan a la fecundidad general (entre los 30 y los 45 años) **son, además, las que en menor proporción consideran que la ayuda es suficiente** (aunque el 50% de ellas afirman que sí lo es). También es curioso que el 10% de ellos (aunque este dato no es estadísticamente significativo) considere que la ayuda es excesiva -el dato es curioso simplemente porque son las mujeres de 30 a 45 años, y en general toda la población (de ambos sexos) de esa edad, los más interesados en las ayudas-.

Así pues, si bien es cierto que la población que resulta “posible” objeto de la política focal de la ayuda maternal, es decir, las mujeres o la población de entre 30 y 45 años a nivel de la muestra general no manifiesta un especial “egoísmo” en esta materia, cuando llegamos a concretar más la población focal, es decir, **cuando nos centramos en los “nuevos padres” -que ya han tenido un hijo/a recientemente o que lo pueden tener en un próximo futuro- sí apreciamos una crítica a la política -por considerar que la ayuda es escasa-**.

Tabla 85. Submuestra focal de políticas familiares. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre la cuantía de 2500 Euros de ayuda a quienes tengan o adopten un hijo adicional. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Excesiva	5,2	0,0	12,5	5,4
Escasa	12,1	31,0	28,1	21,3
Suficiente	77,6	52,4	37,5	61,9
NS/NC	5,2	16,7	21,9	11,4
Nº casos	58	42	32	132

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La ideología política de los nuevos padres es importante a la hora de explicar la opinión sobre la ayuda que van a recibir como tales. La tabla 85 tiene un Chi-cuadrado que resulta algo grande, aún así, es significativo -corremos poco riesgo de equivocarnos al afirmar lo que a continuación sigue-. Recordemos que tenemos una submuestra de “nuevos padres” que es pequeña para hacer análisis más detallados.

La ideología, como decimos, tinte las opiniones sobre la política gubernamental. Ello es lógico, pero puede ocultar que las opiniones podrían ser exactamente al revés si el gobierno que hubiera establecido la política de los 2500 Euros por hijo nacido o adoptado hubiera tenido otro color político. **Esto debe tenerse muy en cuenta en todos los casos en los que se analiza la opinión sobre cualquier política concreta sobre la base de los grupos ideológico-políticos.**

Los grupos de “centro” y “derecha” son especialmente críticos. Prácticamente el 30% de los entrevistados que se adscriben a esos grupos ideológicos **piensa que la ayuda es escasa.** Tampoco debe despreciarse un pequeño grupo de derecha (12%) que critica la ayuda por excesiva -seguramente se trata de un pequeño sector que piensa que no debería darse

ninguna ayuda pro-natalidad-. Los de “centro” se distinguen del grupo de “derecha” en el sentido de que no hacen una crítica a la política gubernamental por “excesiva” y, de ese modo, la mayoría de ellos (52,5%) apoya dicha política.

Todo ello concluye en que **la “izquierda”, entre los “nuevos padres” -no olvidemos que estamos hablando de ellos- apoya la política gubernamental por un 77,5% y los nuevos padres que se adscriben a la “derecha” sólo la apoyan por la mitad de ese porcentaje (37,5%).**

Así, a la hora de juzgar una política concreta -**no se trata ahora de la visión sobre el Estado de Bienestar, que es mucho más homogénea entre las distintas ideologías políticas- los grupos focales objeto de esa política tienden a ser más o menos críticos en función de su ideología y no tanto en función de la política en sí. El hecho de que, por ejemplo, la derecha critique la política gubernamental como escasa -sobre todo- indica claramente que no se trata de una crítica al Estado de Bienestar, sino, precisamente de una lucha por ver qué partido político es más generoso en sus políticas sociales.**

Un hecho relevante que, en gran medida, viene a confirmar lo anterior, es que **no hay ninguna relación entre la clase social de adscripción y la mayor o menor crítica o aceptación de la política focal gubernamental** (hay un pequeño porcentaje mayor de la clase alta que considera insuficiente la ayuda, pero ello es perfectamente racional, pues para ellos la ayuda es menor en términos de “coste oportunidad”). Pero la clase alta aprueba por mayoría la política mencionada.

Si analizamos los resultados según el nivel de estudios de los entrevistados, resulta que **la aprobación a la política de ayuda de los 2500 Euros por hijo/a nacido/a es mayor entre los que no tienen estudios o sólo los tienen de primaria (71% de aprobación),** mientras que entre los otros grupos de estudios (medios o superiores) la aprobación cae al 56-58%. **En los grupos de estudios más altos hay críticas tanto por considerar excesiva la ayuda como por considerarla escasa.** En este caso sí podemos decir que **la crítica es razonable o racional**, en el sentido de que, en la medida que los grupos de nivel de estudios más elevados tienen ingresos más altos, o mejores oportunidades en el mercado de trabajo, la ayuda de 2500 Euros es marginalmente menor (menor en un sentido objetivo para ellos, pues el “coste oportunidad” de tener un hijo es más alto en estos grupos sociales).

¿Ayuda universal o sólo para la población con ingresos más bajos?

Sobre si la ayuda de 2500 Euros debería tener una orientación universalista (para todos los “nuevos padres”) o redistributiva (sólo para los más necesitados económicamente entre los “nuevos padres”), **la opinión de la población, real o plausiblemente afectada -en un futuro próximo, se divide prácticamente en dos mitades: el 49% piensa que debería tener un formato redistributivo -darse sólo a las familias con ingresos más bajos- y el**

47,5% cree que debe ser para todos y se inclina por la visión universalista del Estado de Bienestar.

Es difícil encontrar grupos sociales específicos -dado el tamaño de nuestra submuestra focal de políticas familiares- con opiniones divergentes. La edad es, sin embargo, una variable relacionada con la visión redistributiva o universalista de la ayuda

Tabla 86. Submuestra focal de políticas familiares. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si la ayuda de 2500 Euros por hijo/a adicional debe concederse de forma universal o sólo a las familias con ingresos menores. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Para todos	52,9	55,7	43,9	36,4	47,5
Para las familias con ingresos más bajos	47,1	40,0	51,2	63,6	49,0
NS/NC	0,0	4,3	4,9	0,0	3,5
Nº casos	17	70	82	33	202

Chi-cuadrado < 0,4

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Los resultados de la tabla 86 no son estadísticamente significativos. Esto quiere decir que no podemos encontrar diferencias “reales” entre la opinión de un grupo particular y la opinión de los otros. O sea, no podríamos afirmar con seguridad estadística que existan esas diferencias¹⁸. No obstante, si agrupáramos las edades en dos grandes grupos, desde 18 a 45 años por una parte y mayores de 45 por otra, entonces encontramos que las diferencias son significativas (Chi-cuadrado < 0,001). Así que si no podemos hablar en concreto de los grupos de edad que aparecen en la tabla 86 -la hemos presentado así por coherencia con el resto del informe- sí podemos hablar de las diferencias entre el grupo de 18-44 y el grupo de 45 y más años.

Lo que podemos entonces afirmar es que **entre los menores de 45 años la visión universalista predomina sobre la visión redistributiva** -o de restablecimiento de la justicia, como en otras partes decimos para referirnos a la visión redistributiva-. El 55% de los menores de 45 años tiene una visión universalista y el 41,5% una visión redistributiva -ayuda sólo para los más necesitados-. Debemos recordar que **es en este gran grupo de edad donde están las mujeres en edad fértil**, y por tanto, se trata del grupo de edad focal de la política.

Lo contrario ocurre con los mayores de 45 años: la visión universalista es sólo del 41,5% y la visión redistributiva del 55%. Así que estamos claramente ante dos inclinaciones claras de los “nuevos padres”: por un lado están los defensores del universalismo que son jóvenes y por otro los defensores de la redistribución, que son adultos o mayores.

Relevante es el hecho de que no hay ninguna diferencia entre los distintos grupos según su ideología política y la visión redistributiva o universalista del Estado de Bienestar.

¹⁸ El Chi-cuadrado es grande e $i < 0,30$

Si hablamos de la población más focal de la política no encontramos ninguna diferencia, en este sentido, entre la izquierda, el centro o la derecha. La falta de diferencias es, en sí misma, muy significativa, pues quiere decir que en las poblaciones focales no hay diferencias ideológicas en este sentido. **Estos grupos, muy focalizados, parecen guiarse por intereses más inmediatos.**

No podemos, tampoco, hablar de diferencias significativas en la visión del fin primordial del Estado de Bienestar (universalismo/redistribución) entre los distintos grupos según su nivel de estudios. Sin embargo, esas diferencias se harían significativas si únicamente habláramos de dos grupos los de estudios superiores y los demás. En ese caso las diferencias serían significativas: **los de estudios superiores tienen una visión más universalista (54,5%) que los de niveles inferiores de estudio (44%).** La visión redistributiva estaría más presente entre los que tienen niveles inferiores de estudio (53%) frente a los que tienen estudios superiores (41%)¹⁹.

El universalismo, en este caso, podemos verlo como el reflejo de una mejor posición en el mercado de trabajo de los que tienen estudios universitarios -que tienen, además, niveles de ingresos más altos-. Pero creemos que **la visión universalista se expande entre la población** si tenemos en cuenta que hemos detectado que los más jóvenes y los que tienen niveles más altos de estudios tienen una preferencia por esa visión. **Debemos recordar que estamos hablando de poblaciones focales, en las que los grupos de nivel más bajo en la escala social y económica actúan movidos por necesidades más perentorias.**

La clase social adscriptiva no tiene ninguna relación -al menos no podemos establecerla nosotros con el tamaño de la muestra que tenemos en la submuestra focal de política familiar- con las dos visiones alternativas del Estado de Bienestar.

El sistema progresivo de la ayuda y el Estado de Bienestar

Recordemos que **el sistema progresivo es un compromiso entre el fin universalista del Estado de Bienestar y el fin redistributivo.** En realidad todo el Estado de Bienestar es, *per se*, “redistributivo”, incluso aunque se limite a tratar igualitariamente a los ciudadanos o siempre que, aun no tratándolos igualitariamente, la desigualdad en el trato no sea proporcional a la desigualdad social. Pero como regla general los que más apoyan el fin redistributivo tienden a defender políticas focales o, como segunda posibilidad, el sistema progresivo en materia de impuestos o en el sistema de ayudas (en este último caso: dar más ayudas a los que menos ingresos tienen o, también, dar más ayudas por el segundo hijo tenido que por el primero y así sucesivamente).

¹⁹ La relación, así planteada -en dos grupos sociales según su nivel de estudios- es significativa, con Chi-cuadrado <0,001

La pregunta que nos planteamos, ya lo comentamos antes, es si la ayuda de 2500 Euros debería ser igual para cada hijo que se tenga o debería aumentar con cada hijo sucesivo. La primera posibilidad (ser igual para cada hijo) supone un sistema no progresivo de la ayuda (más universalista o igualitaria) y la segunda posibilidad (aumentar la ayuda con cada hijo sucesivo) implica un sistema progresivo (tendente a una mayor redistribución – pagos desiguales-).

El grupo social focal objeto de la ayuda de 2500 Euros (entorno familiar de “nuevos padres”) está totalmente dividido en cuanto a la universalidad o progresividad del sistema. La respuesta es muy similar a la encontrada para la población en general. **El 46% es partidario de la progresividad y el 46% del “igualitarismo”.** No hay ninguna preferencia especial del grupo focal por la progresividad, mayor que en el caso de la muestra general.

No hemos encontrado, para el grupo focal objeto de la política de 2500 Euros ninguna relación relevante de esta variable con las independientes (ni con las socio-demográficas ni con las de estructura social).

2 El formato de las ayudas a las familias por tener un hijo adicional

La cuestión ahora es ver si el formato preferido por la población objeto de la ayuda difiere con las preferencias de la población en general. Recordemos que los formatos entre los que los entrevistados debían elegir eran: un pago inicial al nacer el hijo/a, pagos directos mensuales hasta los 18 años o ayudas indirectas (como las desgravaciones o descuentos en los impuestos directos como el IRPF).

Tabla 87. Submuestra de políticas familiares. Opinión, según la ideología política de los entrevistados, sobre la forma en que deberían prestarse las ayudas a las familias. (PORCENTAJES)

	Ideología política			Total
	Izquierda	Centro	Derecha	
Un pago inicial al nacer el hijo	27,6	21,4	12,5	23,8
Pago directo mensual hasta cumplir 18 años	27,6	45,2	40,6	39,6
Ayudas indirectas (desgravaciones, becas...)	37,9	31,0	43,8	30,7
NS/ NC	6,9	2,4	3,1	5,9
Nº casos	58	42	32	132

Chi-cuadrado = 0,04

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

De acuerdo a los resultados de la tabla 87, **el 39,5% de la población focal seleccionada opina que sería preferible un pago mensual, siguiendo a esa preferencia la de las ayudas indirectas (30,5%) y, finalmente, la última opción sería el pago único inicial (24%).** El resultado es estadísticamente **el mismo que para la muestra general** (la que representa a toda la población española mayor de 18 años).

En la tabla anterior aparece la relación entre la variable de la ideología política de los entrevistados y el formato preferido para las ayudas. La relación entre ambas variables es muy clara²⁰: **los que se identifican con la derecha prefieren las ayudas indirectas** (esto es coherente con lo encontrado para la población en general) **y, en segundo lugar, el pago mensual**. El hecho de fijarnos en la población focal no altera la esencia de lo que encontramos para la población en general.

La aprobación del pago inicial es bajo por parte la población focal. Es más alto entre la izquierda, 27,5%, y cae hasta un mínimo del 12,5% entre los que se identifican con la ideología de derecha. El grupo focal, podemos decir, critica la política del pago único. Lo muestra prefiriendo otros sistemas. Pero ha de decirse que en esto tenemos una parte de crítica al gobierno (derecha) y de defensa política del mismo (izquierda). **Es, por lo demás, lógico que el grupo focal demande ayudas mensuales, pues probablemente piensa que serían ayudas mayores** que las que supone el pago único de 2500 Euros al nacer un niño/a. Aunque, por otro lado, las ayudas indirectas también son relativamente bien apreciadas.

Tabla 88. Submuestra focal de políticas familiares. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre la forma en que deberían prestarse las ayudas a las familias. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Un pago inicial al nacer el hijo	10,7	21,8	33,3	23,8
Pago directo mensual hasta cumplir 18 años	25,0	37,8	52,9	39,6
Ayudas indirectas (desgravaciones, becas...)	57,1	34,5	9,8	30,7
NS/NC	7,1	5,9	3,9	5,9
Nº casos	28	119	51	198

Chi cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Más interesante, por estar menos contaminada por la coyuntura política, es la relación que muestra la tabla 88 entre la clase social de adscripción y el formato preferido para las ayudas familiares. Las conclusiones que podemos extraer, de la opinión del grupo focal, son:

1º A medida que la clase social es más baja crecen las preferencias por los pagos mensuales (desde 25% entre la clase alta hasta el 53% entre la clase baja) y por el pago inicial al nacer el hijo/a (desde 10,5% entre la clase alta hasta el 33,5% entre la clase baja). **El grupo focal está mucho más polarizado, en este sentido, que la población en general.** Ello es lógico, pues ahora estamos hablando de población directamente afectada por la política social en cuestión. Sin embargo, **debe remarcarse, con fuerza, que la estructura de las preferencias es la misma.**

2º A medida que la clase social es más alta las preferencias por las ayudas indirectas (esencialmente de tipo impositivo) son más altas. Entre los que se identifican con la clase alta el porcentaje de esa preferencia es del 57%, en tanto que

20

El Chi-cuadrado no es muy alto debido al tamaño de la muestra.

la preferencia cae al 10% entre la clase baja. La polarización también, en este caso, es mayor que para la muestra general.

En cuanto a las razones de la estructura de preferencias son las mismas que ya dimos para la muestra general: **las clases bajas prefieren pagos o transferencias directas dado que pagan pocos impuestos directos** -relativamente- y por tanto no valoran tanto las ayudas indirectas. En cambio **para la clase alta las ayudas indirectas son interesantes porque pagan impuestos más altos** y porque el pago directo supone para ellos una cantidad pequeña relativamente al tener ingresos más elevados (el beneficio marginal es más pequeño para ellas). No debemos olvidar, además, como se ha dicho, que el pago único al nacer el niño/a no es el preferido por ninguna de las tres clases sociales.

Tabla 89. Submuestra focal de políticas familiares. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre la forma en que deberían prestarse las ayudas a las familias. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios o primarios	Bachillerato o FP	Superiores	
Un pago inicial al nacer el hijo	29,0	19,4	22,7	23,8
Pago directo mensual hasta cumplir 18 años	40,6	41,8	36,4	39,6
Ayudas indirectas (desgravaciones, becas...)	24,6	28,4	39,4	30,7
NS/NC	5,8	10,4	1,5	5,9
	69	67	66	202

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Hay también una cierta relación, menos fuerte, entre el nivel de estudios del grupo focal de la política familiar y el formato preferido para las ayudas. La relación es la esperada: **los que tienen estudios superiores tienen unas preferencias relativamente más altas por las ayudas indirectas**. Este fenómeno correlaciona con lo dicho para las clases sociales, en el sentido de que los que tienen un nivel de estudios más alto tienen ingresos más altos y, por ende, pagan más impuestos, luego valoran más las ayudas indirectas, menos las directas y, entre ellas, prefieren los pagos mensuales. Los que tienen menos estudios prefieren, sobre todo las ayudas mensuales, después el pago único y finalmente las ayudas indirectas. **En fin, una estructura de preferencias exactamente igual a la encontrada para las clase sociales**.

El fin primordial de las ayudas familiares: la fecundidad

Ya explicamos más arriba que el fin de las ayudas familiares, sea cual sea su formato, no está claro (si bien la ayuda establecida en 2007 de 2500 Euros por hijo/a adicional tiene que ver con una política pro-natalista). Lo que aquí nos interesa, y esa es la intención en el cuestionario, no es el fin de esa política concreta de los 2500 Euros, sino el de todas las políticas familiares. De hecho, en el cuestionario la pregunta viene después de otra genérica sobre “todas” las posibles ayudas familiares (en concreto sobre la ampliación de las mismas).

En general podríamos decir que el fin del Estado de Bienestar que Esping-Andersen (1990) califica como “socialdemócrata” sería la redistribución económica en favor de aquellos que tienen hijos (no tanto el aumento de la fecundidad, aunque una cosa pueda llevar a la otra). De hecho la dificultad de esta política y su escaso desarrollo en muchos países estriba en que puede entrar en contradicción con la “liberación” de la mujer (igualdad social entre los sexos).

Tabla 90. Submuestra focal de políticas familiares. Opinión, según el sexo de los entrevistados, sobre el fin principal de las políticas familiares. (PORCENTAJES)

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Aumentar la natalidad en España	24,6	35,2	32,2
Ayudar a familias con pocos ingresos	38,6	28,3	31,2
Igualdad de la mujer (para que pueda conciliar vida laboral	14,0	20,0	18,3
NS/NC	22,8	16,6	18,3
Nº casos	57	145	202

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La tabla 90 muestra los resultados obtenidos para la muestra de la población focal beneficiaria de la política de subvención con 2500 Euros por hijo/a adicional. **El 32% de ellos ven como fin primordial el aumento de la fecundidad, seguidos, muy de cerca, con el 31%, por aquellos que definen ese fin como “ayuda a las familias con pocos ingresos”** (fin redistributivo). **La visión de las políticas familiares como orientadas esencialmente a la igualdad de la mujer es citada, como el fin más importante, por el 19% de la población focal.** Aunque estos datos coinciden, básicamente, con la visión de la población en general, podemos decir que el porcentaje de la población focal que define como fin primordial a la fecundidad es menor que en la muestra general.

Las mujeres del grupo focal, como aparece en la tabla 91, ponen más el acento en el fin natalista (35% frente a 24,5% por parte de los varones) **y en la igualdad de la mujer** (20% frente a 14% en el caso de los varones). La mujer del grupo focal propende pues a ver en las políticas familiares unas políticas favorecedoras de la mujer, o bien por el hecho de ser mujer o por su condición de madres -como posibilidad-. Los varones, en cambio, tienden a ver con más fuerza el fin social de dichas políticas (38,5% frente a 28% entre las mujeres).

Tabla 91. Submuestra focal de políticas familiares. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre el fin principal de las políticas familiares. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios o primarios	Bachillerato o FP	Superiores	
Aumentar la natalidad en España	27,5	32,8	36,4	32,2
Ayudar a familias con pocos ingresos	29,0	32,8	31,8	31,2
Igualdad de la mujer (para que pueda conciliar vida laboral	26,1	19,4	9,1	18,3
NS/NC	17,4	14,9	22,7	18,3
Nº casos	69	67	66	202

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Otra variable que tiene relación con el formato de las políticas familiares, en la submuestra focal para la política de los 2500 Euros por hijo/a adicional, es el nivel de estudios. La tabla 91 prueba que **a medida que el nivel de estudios aumenta aparece como más dominante la visión de las políticas familiares como orientadas al aumento de la natalidad** (36% entre los que tienen estudios superiores) o el fin social de las mismas - aunque, en este caso, las diferencias entre los grupos no son significativas-. Decae, así mismo, a medida que aumenta el nivel de estudios, la visión de esas políticas como políticas de igualdad de género (desde el 26% entre los que tienen el nivel más bajo de estudios hasta el 9% entre los que tienen estudios superiores).

Aunque no hay otras relaciones relevantes entre las variables independientes y las dependientes, podemos mencionar una de cierto interés. El grupo de edad más joven -los que tienen menos de 30 años- ponen mucha fuerza en definir el propósito de las políticas familiares como “aumentar la natalidad” (53% frente un 30%, aproximadamente, entre los otros grupos de edad). Esta diferencia, única significativa al hablar de los grupos de edad de la población focal, puede tener que ver con el hecho de que se trata de unas cohortes que se sienten²¹ directamente afectadas por la posibilidad o realidad de tener un hijo adicional y, por tanto, desean destacar la problemática económica y socio-laboral de ese hecho. Al afirmar el fin natalista de las políticas familiares sólo anuncian el “deber ser” de las mismas en su opinión.

¿Cómo financiar la ayuda a las familias?

Ya se ha dicho que España es uno de los países en el que las políticas familiares (OCDE, 2006) tienen un nivel más reducido. En el cuestionario se plantea la posibilidad de ampliar cuantitativamente -al menos- esas políticas. La pregunta tiene que ver con la forma de financiación de esas políticas. Recordemos, a estos efectos, que las preferencias de la población en general eran: en primer lugar que la financiación debería hacerse, según el 58% de los entrevistados, mediante la reducción de otros gastos públicos no sociales, que el 14,5% prefería el aumento de los impuestos generales y, finalmente, el 9,5% mencionaba la reducción de otros gastos sociales (se ponía el ejemplo, en el cuestionario, de los gastos en educación).

²¹ Recordemos que hemos seleccionado a estas personas por su posibilidad de ser padres o porque lo han sido recientemente o porque están inmediatamente relacionados por lazos familiares directos con alguien que ha tenido recientemente o va a tener un niño/a.

Tabla 92. Submuestra focal de políticas familiares. Opinión, según la clase social de adscripción de los entrevistados, sobre la forma de financiación de una posible intensificación de las políticas familiares. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
Aumentando los impuestos generales	10,7	9,2	7,8	8,9
Reduciendo otros gastos sociales (por ejemplo educación)	7,1	10,1	21,6	12,4
Reduciendo otros gastos públicos, aunque no los sociales	78,6	65,5	47,1	62,4
NS/NC	3,6	15,1	23,5	16,3
Nº casos	28	119	51	202

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

La población focal de la política de 2500 Euros por hijo/a adicional tenido o adoptado prefiere, como puede verse en la tabla 92, **en primer lugar, disminuir los gastos públicos no sociales (62,5%)**, seguido de la reducción de otros gastos sociales (12,5%) y, finalmente, del aumento de los impuestos generales (9%). Podemos decir, **en comparación con la población en general, que la preferencia por la disminución de los gastos públicos no sociales para aumentar los gastos sociales se mantiene** -aumentando muy ligeramente-. Hay una cierta **alteración en cuanto a que se altera el orden de la 2ª y la 3ª preferencia**. Para la población en general la segunda preferencia es el aumento de impuestos y la tercera la reducción de otros gastos sociales. Para la población focal estas preferencias suponen una inversión. Es relevante, pero no esencial, pues la preferencia primera es la misma en ambas poblaciones.

Es probable que la población focal sienta una cierta urgencia por la política “focalizada” y, por ende, no le importe que para ello se tenga, en cierto modo, que sacrificar alguna otra política social si fuera preciso. Aunque debemos recordar que estamos hablando de una minoría, la mayoría piensa que la forma de financiación sería la reducción de gastos públicos no sociales.

Dentro del grupo focal la relación más fuerte existente entre las variables independientes y la forma de financiación de políticas familiares más intensas es la que aparece en la tabla 82. Efectivamente, es significativa la relación entre la ideología política de adscripción del grupo focal y la visión de la forma de financiación de nuevas políticas familiares. Se trata de una relación que no aparecía en el caso de la muestra general.

Hay coincidencia, entre las clases sociales, en el sentido de que el 8-10% de todas las clases dirían que para aumentar las políticas familiares habría que aumentar los impuestos. Las divergencias aparecen en el sentido de que **a medida que la clase social es más baja más se prefiere** -aunque siempre dentro de unos límites secundarios o minoritarios- **la reducción de otros sociales**. Es como si las clases bajas afectadas por las políticas focales familiares prefirieran, incluso, la reducción de otros gastos sociales para desarrollar las políticas familiares.

VIII LA POLÍTICA EN APOYO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y EL GRUPO FOCAL AFECTADO.

De la misma forma que hemos analizado el punto de vista del grupo focal de la política familiar sobre las políticas familiares que les afectan directamente, vamos ahora a analizar, brevemente, la visión del grupo focal “dependiente” sobre la política en defensa de las personas dependientes.

La submuestra del grupo focal de personas dependientes (cuyo tamaño es de 200 individuos -prácticamente igual que en el grupo focal de las políticas familiares-) se refiere a la población de familiares directos (primer grado de parentesco) de alguna persona dependiente. La definición de dependiente se hizo hasta el 2º grado de dependencia a los efectos de reducir costes, en la búsqueda de posibles entrevistados, dados nuestros límites presupuestarios.

Solamente analizaremos, como ha sido en el caso del grupo focal de las políticas familiares, las respuestas dadas por este grupo a las preguntas del cuestionario -muy pocas- sobre las políticas sociales en defensa de las personas dependientes.

1 El acuerdo con la ley de dependencia

Al igual que ocurría con la muestra general a toda la población mayor de 18 años, entre la población focal de personas dependientes, la aprobación de la ley de dependencia es absoluta (98%). No podía ser de otro modo. Con un nivel tan elevado de aprobación no puede hacerse ningún tipo de análisis por grupos sociales, ni por aquellos basados en las variables socio-demográficas ni por aquellos basados en variables de estructura social (ideología política de adscripción, clase social de adscripción o nivel de estudios). **Simplemente todos los grupos sociales apoyan con la misma fuerza la ley de ayuda a las personas dependientes.** Ya ocurría así en la muestra general y es lógico que lo mismo se repita con la población focal de personas dependientes, pues se trata de una ley en defensa de su entorno social más inmediato.

2 Pagar a un familiar que no trabaja por el cuidado de un familiar dependiente

Recordemos que en este caso lo que se trata de saber es si la protección debe pagar la ayuda de un cuidador familiar, que no incurre en “coste oportunidad” importante al no ser una persona activa en el mercado de trabajo, por cuidar a un dependiente y pariente inmediato suyo. La ley, obviamente, no establece ninguna clase de distingo a este respecto, como es lógico, pues en realidad puede ser que “ese cuidador” no incurra “ahora” en un “coste oportunidad” de tipo laboral, pero siempre podría argumentarse que no se sabe lo que ocurriría en un futuro si no tuviera que cuidar al pariente enfermo.

La intención de la pregunta es simplemente observar las respuestas de los entrevistados ante la extensión del Estado de Bienestar para pagar, por ejemplo, a un hijo/a que no trabaja porque no lo desea y cuida, por ejemplo, a su padre o madre enfermo. Se entiende, en muchos ámbitos sociales, que ese cuidado es una obligación, un deber filial que no debería hacerse por “dinero”. Esa es la intencionalidad de la pregunta: **¿es razonable que el Estado pague, como una forma de extensión del Estado de Bienestar, y que quizá “me suban los impuestos”, por el hecho de que alguien simplemente cumple con su obligación filial y moral?**

Tabla 93. Submuestra focal de las políticas de ayuda a las personas dependientes. Opinión, según la edad de los entrevistados, sobre si un hijo/a que no es activo en el mercado de trabajo y cuida a su padre o madre enfermo/a debe o no percibir un pago del Estado por ello. (PORCENTAJES)

	Edad				Total
	18-29	30-44	45-64	65 y más	
Sí	69,2	95,2	95,4	94,6	93,5
No	30,8	2,4	2,8	2,7	4,5
NS/ NC	0,0	2,4	1,9	2,7	2
Nº casos	13	42	108	37	200

Chi-cuadrado < 0,001

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Apréciese, en la tabla 93, cómo el **93,5%, de la submuestra focal de las políticas de ayuda a las personas dependientes, se manifiesta de acuerdo con que el hijo/a que no es activo laboralmente** -no incurre en “coste oportunidad”-, y cuyo padre o madre es dependiente, **sí debe percibir una ayuda** -o salario- de los poderes públicos. En esto las respuestas del grupo focal de la política son muy similares a las dadas en la submuestra general para esta misma respuesta.

Lo significativo de la tabla 93 es que **los menores de 18-29 años piensan, en un 31% de los casos, que ese hijo no debiera cobrar esa ayuda.** Son pocos casos, pues es un grupo pequeño de personas, pero el resultado es estadísticamente significativo. Se trata de una opinión exclusiva, que no se repite en ninguno de los otros grupos de edad -cuyas respuestas son muy parecidas a las de toda la submuestra-. Probablemente entre la población joven puede haber una valoración más alta del “coste oportunidad” o, quizá, el grupo tiende a ver en ese hijo/a cuidador/a, que no incurre en ese coste oportunidad, a un oportunista o un “gorrón”.

No incluimos la tabla por no ser significativa estadísticamente, pero en los municipios pequeños, menores de 50.000 habitantes -que es el tamaño menor del municipio que hemos establecido entre nuestros tres subgrupos- hay, también, un 8% de personas que no aprobarían ese pago al hijo cuidador y otro 5,5% que no contesta -mostrando sus dudas-. Ambos resultados son altos y producen un relativamente modesto -aunque muy mayoritario- acuerdo con el pago a ese hijo/a. Aunque se trata de un resultado no significativo podría ser un indicio de la existencia de un subgrupo de opinión, en los municipios más pequeños, que considera que la obligación moral del hijo/a con su padre o madre dependiente es tan fuerte

que no debería cobrar por ello y, menos, si además no trabaja -no debe abandonar su trabajo para ello-.

Por lo demás no hay diferencias significativas entre los subgrupos de las distintas variables referidas a la estructura social (ideología política, clase social y nivel de estudios - en las submuestras no consideramos en ningún análisis la “situación laboral” por quedar reducida la submuestra a un tamaño pequeño e inapropiado para obtener resultados significativos-).

3 La selección de un buen cuidador: la Familia, el Mercado o el Estado

Recordemos que la última pregunta realizada en relación con la política de ayuda a las personas dependientes tiene, en realidad, que ver no sólo con esa política, sino, en general, con ciertas políticas de atención social del Estado de Bienestar. La política de ayuda a los dependientes es, simplemente, un buen ejemplo. Se trata, en realidad, de tres preguntas orientadas a saber la opinión del grupo focal de la política de dependencia, sobre qué institución es el “mejor” cuidador: el Estado (centros públicos), el Mercado (centros concertados) o la Familia. En todo caso el Estado garantiza el cuidado -o sea, la demanda-, pero sólo en el caso de que el cuidador preferido sean los “centros públicos” ha de entenderse que el Estado también es el oferente del cuidado.

Tabla 94. Submuestra focal de políticas de dependencia. Opinión, según los entrevistados, sobre qué institución (Estado, Mercado o Familia) es el más apropiado para cuidar a una persona dependiente por las causas que se mencionan. (PORCENTAJES)

	Institución			Nº casos
	Estado	Mercado	Familia	
Personas con Alzheimer	50	4	46	1205
Personas con discapacidades mentales	70,5	3,5	26	1205
Personas con discapacidades físicas	32,5	3	64,5	1205

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario

La tabla 94 ofrece los resultados de toda la submuestra sobre los tres casos de dependencia -según la causa de la misma-: personas con Alzheimer, personas con discapacidades mentales o personas con discapacidades físicas.

Apréciase que la submuestra focal de personas dependientes tiene las siguientes preferencias:

1º Hay un **muy marcado “rechazo” al mercado**. Los “centros concertados” no son creíbles a este propósito según los entrevistados. Sólo el 3-4% de los entrevistados preferirían al mercado como oferente de estos servicios -con pago garantizado por parte del Estado-. La respuesta negativa afecta a cualquier tipo de dependencia. También es relevante decir que **este rechazo al “mercado” es mayor, todavía, del existente para el conjunto de la población** (en aquel caso, puede verse la tabla 78 más arriba, la preferencia por el estado era del 10-15%, dependiendo de la causa de la dependencia).

2° La preferencia de la submuestra focal por el Estado es clara en el caso de las personas con discapacidades mentales (70,5%) frente a la Familia (26%). Parece que en este caso hay un cierto, también, **rechazo a la familia** como institución más apropiada para ese cuidado.

3° En el caso de las personas dependientes a causa del Alzheimer las preferencias se reparten, casi por igual, entre el Estado y la Familia (50% y 46% respectivamente).

4° Finalmente, en el caso de las personas dependientes por causas físicas las preferencias son claramente por la Familia como cuidador (64,5% frente a 34,5% en el caso del Estado).

Si comparamos estas respuestas con las dadas por la muestra a la población en general, la submuestra focal de personas dependientes muestra los siguientes **cambios de preferencias**:

1° Cae la preferencia en el mercado de forma general, en todos los tipos de dependencia según su causa.

2° Ahora no puede hablarse claramente de una primera preferencia clara, como ocurría en el caso de la muestra general (preferencia primera por el Estado). En el caso de la submuestra la primera preferencia depende mucho del tipo de dependencia -según la causa-. En enfermedades mentales en general se prefiere al Estado, en Alzheimer se prefieren, prácticamente por igual, al Estado y la Familia y, finalmente, en enfermedades físicas la primera preferencia es la Familia. Es claro que los implicados directamente en el cuidado de personas dependientes **parecen inclinarse, fácilmente, por el cuidado de discapacitados físicos y no tanto por los discapacitados mentales** -sí hay una cierta tendencia a cuidarles si se trata del Alzheimer, aunque tampoco tanto como en el caso de los discapacitados físicos-.

Es difícil, debido al escaso tamaño de la muestra, encontrar diferencias significativas entre los distintos grupos que hemos establecido en las distintas variables independientes. Las siguientes son las diferencias significativas:

1° No hay diferencias según el sexo de los entrevistados en la submuestra, salvo la que se refiere, en el caso de las discapacidades mentales, al hecho de que las mujeres confían más en los centros públicos (74%) y menos en la familia (23%). Los niveles de confianza de los varones, para este caso de dependencia, son 61% en los centros públicos y 35,5% en la familia.

2° Las diferencias por edad no son significativas. Hay una cierta tendencia de los más jóvenes (menores de 30 años) a confiar más en la Familia en el caso de los

discapacitados mentales (46% frente al 25% en el resto de los grupos de edad) y **menos en el Estado** -centros públicos- (46% frente a 71,5% en el resto de los grupos). Pero esas diferencias no son estadísticamente significativas por el tamaño del grupo de menores de 30 años en la submuestra focal de políticas de dependencia.

3° Si atendemos a la ideología no podemos establecer ninguna diferencia significativa con las preferencias por el Estado, el Mercado o la Familia como cuidador de las personas dependientes. Seguramente las diferencias existen pero nosotros no podemos demostrarlas (debido, creemos, al tamaño de la muestra). Debe recordarse que estamos hablando de la submuestra focal de políticas de dependencia y que para ver la relación entre ideología y preferencia por una de las tres instituciones como cuidador debe acudir, páginas más arriba, al apartado en el que discutíamos esta relación para la población en general.

Tabla 95. Submuestra focal de políticas de dependencia. Opinión, según la clase social del entrevistado, sobre qué institución (Estado, Mercado o Familia) es más adecuado para cuidar de las personas dependientes por causa de discapacidades mentales en general. (PORCENTAJES)

	Clase Social			Total
	Alta	Media	Baja	
C Públicos	60	70,1	75,3	70,5
C concertados	13,3	3,7	1,4	3,5
Familia	26,7	26,2	23,3	26
Nº casos	15	107	73	195

Chi-cuadrado < 0,03

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

Tabla 96. Submuestra focal de políticas de dependencia. Opinión, según la clase social del entrevistado, sobre qué institución (Estado, Mercado o Familia) es más adecuado para cuidar de las personas dependientes por causa de discapacidades físicas. (PORCENTAJES)

	Clase social			Total
	Alta	Media	Baja	
C Públicos	13,3	34,6	34,2	32,5
C concertados	6,7	4,7	0,0	3,0
Familia	80,0	60,7	65,8	64,5
Nº casos	15	107	73	195

Chi-cuadrado < 0,03

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

4° Las tablas 95 y 96 muestran una relación, más indicativa que significativa, de que **a medida que la clase social es más alta la confianza en el Estado como cuidador es menor** tanto en el caso de las personas con discapacidades mentales en general y con discapacidades físicas

Tabla 97. Submuestra focal de políticas de dependencia. Opinión, según el nivel de estudios de los entrevistados, sobre qué institución (Estado, Mercado o Familia) es más adecuado para cuidar de las personas dependientes por causa del alzheimer. (PORCENTAJES)

	Nivel de estudios			Total
	Sin estudios/ Primarios	Bachillerato/ FP	Superiores	
C Públicos	47,9	48,6	54,2	50,0
C concertados	2,8	0,0	10,2	4,0
Familia	49,3	51,4	35,6	46,0
Nº casos	71	70	59	200

Chi-cuadrado < 0,01

Nota: Porcentajes en vertical. Elaboración propia según cuestionario.

5º Finalmente, **los que tienen estudios superiores tienen una tendencia mayor a confiar en el Estado** (centros públicos) **en el caso de las personas con Alzheimer** y menos en la familia -quizá por escasez de tiempo para atender a sus familiares con esa enfermedad dada su mayor participación en el mercado de trabajo-. Su preferencia por los centros públicos es unos 7-8 puntos porcentuales más elevada que en el caso de los otros grupos de niveles más bajos de estudios. Pero la diferencia más significativa es que los que tienen estudios superiores tienen una preferencia por la familia como cuidadora de las personas con Alzheimer unos 15 puntos porcentuales más baja. No hay ninguna otra diferencia significativa a partir del nivel de estudios de los entrevistados.

CONCLUSIÓN: LOS LÍMITES DE LA SANIDAD PÚBLICA Y DE ALGUNAS POLÍTICAS SOCIALES FOCALES (Políticas de Ayuda a las Familias y de Ayuda a las Personas Dependientes).

OBJETO Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Propósito central del Estudio FIPROS 2006/86

El propósito central del estudio, financiado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y ejecutado por un equipo de investigación del Departamento de Sociología y Comunicación de la Universidad de Salamanca, es **el análisis de los límites, o constricciones, del “derecho a la sanidad” a partir de la opinión de los españoles**. En cierto modo se trata de un estudio que es continuación del realizado por el mismo departamento en 2005 (informe de febrero de 2006), también financiado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sobre otros ámbitos del Estado de Bienestar (prestaciones por desempleo, pensiones y políticas focales educativas).

Entendemos que el “derecho a la sanidad” es parte del conjunto de “derechos sociales” que, *de facto*, al menos, se han ido imponiendo en la conciencia de la ciudadanía en aquellos países que, como España, han ido estableciendo estructuras de prestaciones sociales generalistas o universalistas dentro del esquema ideológico –y práctico- del Estado de Bienestar. Es en ese sentido que nos hemos permitido hablar del “derecho a la sanidad” o “derecho sanitario” a lo largo del informe.

El “derecho sanitario” es parte del conjunto de “derechos sociales”. El término “social” no debe llevar a la confusión. No se trata, en puridad, de un “derecho colectivo”, sino de un derecho universal individual a ser “atendido” por el sistema público de salud en caso de enfermedad. **El término “social” hace referencia**, por tanto, no a la forma en que se disfruta del derecho, sino **al contenido del derecho: una necesidad o demanda cuya oferta está socialmente garantizada**.

Los “derechos sociales” y, entre ellos, el “derecho sanitario” tiene unos límites claros desde el punto de vista económico. La oferta de servicios sanitarios está limitada, podríamos decir, por ciertos parámetros económicos. Pero esos límites tienen que ver, también, **con la opinión o “visión social” sobre el contenido razonable del derecho**. El límite económico funcionaría como un límite de 2º nivel, detrás –o después- del límite “ideológico”. **El objeto de este estudio es el análisis del límite “ideológico**.

Propósito secundario

Un segundo propósito del estudio es el **análisis de los límites de algunas políticas focales del Estado de Bienestar en España**. En nuestro caso hemos elegido dos de ellas:

- **las políticas familiares** (con una referencia especial a la política, recientemente aprobada, del pago de una subvención de 2500 Euros por hijo/a adicional) y
- **las políticas de ayuda a las personas dependientes** (a partir de la ley para protegerlas, recientemente aprobada).

La distinción entre políticas “universales” y “focales”, en el esquema del Estado de Bienestar, es siempre una distinción de grado. En realidad, algunas de las políticas que consideramos típicamente “universalistas” podríamos, en cierto modo, verlas como “focales” –quizá, “focales de gran espectro”- como, por ejemplo, las pensiones. Se suele hablar de las pensiones como de una política universalista, pero, en realidad, el “derecho a la pensión” está limitado por circunstancias personales como “estar jubilado”, “haber cotizado durante un número determinado de años”, “tener una cierta edad”, “haber trabajado”, etc... La distinción entre el “derecho a la pensión” y el “derecho a las ayudas para el cuidado de las personas dependientes” es, pues, una cuestión de grado. Pero es cierto, en este sentido, que el “derecho sanitario” es uno de los más, sino “el más”, universal de todos los derechos sociales. Basta con estar o sentirse enfermo para reclamar el cumplimiento del derecho a los poderes públicos.

La diferencia real entre, por ejemplo, los derechos sociales clásicos, como el sanitario o el de “jubilación con pensión” o el educativo –llamados universales- y otros derechos, como el derecho al cuidado que tendrían las personas dependientes o el derecho a ayudas para las “familias”, está en que en estos últimos casos el derecho es “supuesto”, aún no sentido por la población en general... sin duda, porque es algo novedoso, o porque afecta a mucha menos gente que los “derechos sociales” universales o clásicos o porque su entidad real (por ejemplo, en términos presupuestarios o como “ayuda marginalmente útil” para los ciudadanos) es menor, incluso “mucho menor” que en el caso de los derechos “tradicionales.

Esta distinción tiene, hipotéticamente, efectos importantes sobre la opinión de los ciudadanos en el sentido de que son vistos como respuestas específicas a problemas particulares de poblaciones más o menos restringidas. Es de suponer que la **población en general, en su opinión, propenderá a la defensa del interés general** –limitando la prestación focal mucho más que en el caso de los derechos sociales universales-. En cambio, **la población focal** de la política no clásica se mostrará, en su opinión, mucho **más propensa a defender intereses inmediatos**, incluso a costa de frenar otras políticas sociales de carácter más universal.

El segundo objeto, por tanto, es el análisis de la diferente visión, de la población en general y de la población objeto de políticas focales, acerca de estas últimas.

Metodología

De acuerdo al doble propósito descrito, por tanto, se ha realizado, en primer lugar, una **muestra de 1205 individuos para el análisis del “derecho sanitario”**. La muestra es **representativa de la población residente en España y mayor d 18 años** (ver ficha técnica).

Pero, además, se añadieron dos pequeñas submuestras de poblaciones focales de las políticas familiares y de las políticas de ayuda a las personas dependientes. Las poblaciones a las que se refieren esas submuestras son:

- **Para políticas familiares** (teniendo en cuenta que el aspecto central a analizar era el pago de 2500 Euros por hijo/a adicional tenido o adoptado) se seleccionó a **202 individuos que hubieran sido padres** (padre o madre) en los tres años anteriores

al momento de la entrevista o que **“pensaran” seriamente en la posibilidad de serlo en un próximo futuro** (mujer ya embarazada o que, aún sin estar embarazada, tuviera la intención de ser madre en los próximos 3 años –el cuestionario podía pasarse a un varón que manifestara su intención de ser padre o que su mujer o compañera ya estaba embarazada-).

- **Para políticas de ayuda a las personas dependientes** se seleccionó a **200 individuos que fueran familiares en primer grado** (padres, esposos o convivientes, hijos/as o hermanos/as) **de alguna persona dependiente de los niveles “muy dependiente” o “gran dependiente”**. No se seleccionó, propiamente, a personas dependientes para no sesgar la muestra en contra de los dependientes mentales o de los físicos incapaces de hablar (los cuestionarios se pasaron telefónicamente desde el CATI del Departamento de Sociología de la Universidad de Salamanca –ver ficha técnica- de manera que no podían pasarse los cuestionarios por escrito).

El cuestionario fue, sin embargo, único para las tres muestras (la general y las dos submuestras focales). En él se incluían varias preguntas sobre políticas familiares y otras sobre ayuda a las personas dependientes, además de las referidas, en general, a la sanidad pública.

Las variables independientes utilizadas en el análisis han sido, tanto para la muestra general como para las submuestras, las siguientes:

- **Variables socio-demográficas:** sexo, edad y tamaño del hábitat o municipio de residencia.
- **Variables de estructura social:** ideología política de adscripción (por el entrevistado), clase social de adscripción o subjetiva, nivel de estudios y situación laboral (esta última inutilizable en los análisis de las submuestras focales debido a que el tamaño de la población laboral es, aproximadamente, la mitad del de las submuestras y, por tanto, inutilizable para encontrar diferencias estadísticamente significativas en el análisis de subgrupos sociales).

LAS FRONTERAS DEL “DERECHO SANITARIO”

Existe un **acuerdo básico**, en la población española –a tenor de los resultados obtenidos de la muestra general a la población mayor de 18 años-, **sobre la legitimidad del “derecho sanitario”**. La población no se cuestiona tal derecho, es un “derecho supuesto” sobre el que **sólo cabe discutir acerca de aspectos laterales**, sobre la eficiencia de la oferta de servicios sanitarios, sobre su extensión en los márgenes (demográficos o de contenido), etc... Los aspectos a discutir son importantes, pero de matiz. La esencia del derecho es aceptada y valorada como muy positiva y, en todo caso, existe un **consenso que afecta a todas las ideologías políticas y clases sociales**. Desde el punto de vista de la opinión de la ciudadanía no hay ningún tipo de crisis de legitimidad del “derecho sanitario” ni, por extensión, del Estado de Bienestar.

La cobertura demográfica

¿Hasta dónde llega, en términos demográficos, el derecho sanitario? La respuesta extraída de nuestra investigación podría ser: hasta la residencia legal (que incluye, por supuesto, a todos los nacionales).

Los españoles conceden tal derecho a todos los ciudadanos y residentes legales en España. Por ejemplo, los inmigrantes legales tienen derecho a todo tipo de cobertura sanitaria, independientemente del tiempo que lleven en España. Eso es lo que opina el 91% de nuestra muestra. **Y hay una notable excepción: los inmigrantes ilegales, si son menores de edad, también deben tener ese derecho** (83% de la muestra piensa eso), pues no son vistos como “culpables” de la situación de ilegalidad.

El derecho a la sanidad pública de los adultos “ilegales”, en cambio, no goza del mismo reconocimiento. Sólo lo admite el 49% de la muestra. La otra mitad de los entrevistados o lo deniega completamente o sólo lo admite en caso de situación de “gravedad” y, a menudo, para que disfruten del derecho sanitario, la población en general exige requisitos formales como el “empadronamiento”. Debe remarcar, en este sentido, que **la población más joven y las mujeres tienden a reconocer más fácilmente ese derecho a los inmigrantes ilegales.**

Los ciudadanos europeos sí gozarían de ese derecho, en plenitud, pero **como parte de un trato “*quid pro quo*”** en el sentido de que los costes de la atención sanitaria de los extranjeros (europeos) deben ser reintegrados, en opinión de los entrevistados, al sistema sanitario español.

La cobertura de demandas sanitarias

La cobertura, desde el punto de vista de las “necesidades” sanitarias, debe cubrir, básicamente, todos los procesos que sean debidos a “enfermedad” o a su prevención. Es el caso, por ejemplo, de las pruebas para la detección de ciertos tipos de cáncer (como el de mama) o las gafas para personas con problemas de visión o los tratamientos bucodentales “normales”. La inmensa mayor parte de los entrevistados (por encima del 89%) suscribirían esa ampliación de la cobertura. **Los procesos, en cambio, no debidos o relacionados con la enfermedad o su prevención deben quedar totalmente fuera del derecho sanitario** (tal es el caso, por ejemplo, de los “reconocimientos médicos solicitados por interés de terceros” –como los pedidos por las empresas para sus trabajadores-

La privatización de la oferta y el derecho sanitario

Uno de los aspectos investigados es el de la privatización de la oferta en el sistema sanitario. El derecho sanitario no exige que la oferta sea pública (de propiedad pública u organizada “públicamente”). Una de las posibilidades –entre otras- para introducir competencia en la prestación de servicios públicos es la “posible” privatización de los mismos. La pregunta, en nuestro cuestionario, tiene la intención de ver hasta qué punto los usuarios de la sanidad pública pueden aceptar alteraciones estructurales profundas tendentes a la mejora del sistema (y así se planteó la pregunta). **Los entrevistados, siempre que el sistema mejore en eficiencia, aceptarían la privatización de la oferta** (52,3%). Sólo poco más de un tercio de los ciudadanos se opondría a esa privatización.

La reorganización del servicio farmacéutico

Un problema importante del sistema sanitario público español es el subsistema farmacéutico, que adolece de problemas como el “*cuasi*” monopolio de farmacias y del problema del copago de los medicamentos.

Respecto al problema de las prácticas “monopolistas” los entrevistados sólo están dispuestos a romper ese monopolio por la vía de la libertad de establecimiento de nuevas farmacias. La población, frente a ese problema, estaría dividida prácticamente en dos partes iguales: partidarios y no partidarios de la liberalización. Lo relevante es que casi el 50% de la muestra defendería la liberalización. **Pero otros aspectos**, que podrían considerarse ligados al monopolio, **como la obligación de que los medicamentos se expidan, necesariamente, en farmacias** (se requiera para su expedición receta médica o no), **son defendidos por los entrevistados**, como una garantía. **Lo mismo ocurre con la obligación de que siempre haya presente un farmacéutico en cada farmacia** (90% de partidarios). Sólo 1/5 de los entrevistados –aproximadamente- estarían dispuestos a la liberalización en este sentido.

Los abusos contra el sistema y el “copago” (virtual) por los servicios médicos.

La mayor parte de la población (63%) admite que existe un problema de abusos contra el sistema sanitario (los mayores de 65 años aprecian, aún en mayor proporción, que esos problemas existen). Prácticamente 2/3 de los que aprecian la existencia de abusos por parte de los usuarios admiten, y es un dato muy relevante, que **el sistema de “copago” es un sistema eficaz para limitarlos**. Y un hallazgo relativamente sorprendente es que **los mayores de 65 años aún son más partidarios del establecimiento de sistemas de copago**. Se trata de una opinión que permitiría introducir reformas paulatinas para la mejora del sistema.

El problema fundamental de la sanidad pública

El problema esencial de la sanidad pública española, de acuerdo a las respuestas de los entrevistados, **es el de las listas de espera** (48%) –problema que es más acuciante para los que más usan el sistema, como los mayores-. Otros problemas secundarios son la “mala organización”, la falta de recursos humanos o la “mala atención –o falta de atención- médica”. Los entrevistados reconocen la existencia de algunas virtudes, como, por ejemplo, las dotaciones de recursos materiales.

Sin embargo, preguntados por las causas de las listas de espera, **aunque la mayoría las atribuye a la ineficiencia del sistema** –sobre todo en grandes ciudades-, **también aprecian que una de las causas es el “abuso”, precisamente, de los usuarios** (51%). Pero lo más relevante es que, al mismo tiempo, **admiten que las listas de espera son un mecanismo** –necesario, al menos en la situación y con la estructura actual- **para frenar, precisamente, los abusos** contra el sistema. Los más jóvenes, los más urbanos y, también, los que más utilizan los servicios sanitarios públicos son los que más admiten ese efecto de las listas. Pero, además, **la inmensa mayoría de la población, estaría dispuesta a pagar más impuestos si con ello se redujeran las listas** a límites aceptables, lo que es una prueba más de la aceptación general del derecho sanitario.

ESTRUCTURA SOCIAL Y “DERECHO SANITARIO”

Aunque podemos hablar de un **consenso social básico sobre el “derecho sanitario”** existen diferencias de matiz que son relevantes entre distintas ideologías políticas, clases sociales, nivel de estudios o situaciones laborales.

Los siguientes puntos intentan ser una síntesis de las cualificaciones que esos grupos hacen al consenso sanitario:

Cobertura demográfica

Las diferencias esenciales se centran en el derecho sanitario de los inmigrantes ilegales, pues con respecto a los legales o a los menores ilegales el consenso es, prácticamente, unánime. La ideología, a este respecto, es importante, pues **los que se adscriben a la “izquierda” reconocen más el derecho de los ilegales** a la sanidad (59%) y, mucho menos, los que se adscriben a la “derecha” (35%). Además, estos últimos tienden a exigir, con más frecuencia, ciertos requisitos para que los ilegales gocen del derecho, en particular, el “empadronamiento”. La misma opinión, básica, que el grupo social adscrito a la “derecha” política, tienen, aunque más matizadamente, la clase social alta y los no-asalariados (trabajadores autónomos y empresarios).

Otra particularidad muy relevante, sobre la concesión del derecho a los “ilegales”, es **la resistencia de los que tienen escaso nivel de estudios -tienen menor tendencia a conceder el derecho-**. La razón estriba en la competencia laboral que los inmigrantes representan con respecto a este grupo social de escasas cualificaciones (de estudios y laborales).

La cobertura de las demandas sanitarias

Las exigencias de extensión del derecho para la cobertura de las “enfermedades” actualmente no cubiertas por la sanidad pública son más intensas por parte de la clase social baja , pero también por la izquierda o, en general, los más débiles en el mercado de trabajo. La clase alta es, también, expansionista en cuanto a la cobertura de la sanidad, pero en relación, específicamente, con otras demandas como la solicitud de reconocimientos por parte de las empresas para sus trabajadores (una exigencia que es más fuerte, por ejemplo, entre los “no-asalariados” –algunos de ellos son empresarios-) o, incluso, la cirugía estética a petición del interesado (sin necesidad de que medie un proceso de enfermedad o necesidad quirúrgica).

El caso de **los funcionarios** es muy paradigmático, pues **defienden con más ahínco**, que la mayoría de los otros grupos sociales, **la expansión del derecho en el caso de las “enfermedades” pero son especialmente restrictivos con la cobertura de demandas no debidas a enfermedades** o a su prevención. Los funcionarios defenderán, no sólo en este caso, la expansión del Estado de Bienestar (en el que tienen intereses muy específicos).

La privatización de la oferta y el derecho sanitario

La posibilidad de privatizar la oferta del sistema –manteniéndose la garantía pública de cobertura de la demanda- desata una, relativamente, alta polarización. **Los que se adscriben a la ideología política de “derecha” se muestran especialmente favorables a ese proceso de privatización (70%). La “izquierda” es mucho más resistente a ella, pero, aún así, el 44% de los que se adscriben a esta ideología admitiría la privatización condicionada a la mejora en la prestación de servicios.**

Estas posiciones se reflejan, también, en otras variables como la clase social (la clase alta es más favorable a la privatización y la baja menos). Los “no-asalariados” también son “privatizadores” y los asalariados mucho menos (aunque un porcentaje de ellos admitirían esa posibilidad). El grupo que más se opone a la privatización, por razones obvias, es el funcionariado (el 57% se opone).

El sistema farmacéutico

Con respecto al **monopolio en la expedición de medicamentos** (se requiera receta médica o no) por parte de las farmacias, todos los grupos sociales son partidarios de su mantenimiento, pero aparece como relativamente **más liberalizadora la “izquierda”** frente a la “derecha”. Los **funcionarios son especialmente “reglamentistas”** en este aspecto. Pero, **si miramos a la liberalización en el establecimiento de nuevas farmacias entonces la “derecha” aparece como más liberalizadora**, al igual que la clase alta. Los “no-asalariados”, en cambio, a pesar de que en ese grupo hay un cierto porcentaje de empresarios, se resisten a la liberalización –quizá como un acto reflejo de los “autónomos” en defensa del “pequeño comercio”-. Los funcionarios mantienen en esto, y en la exigencia de que haya siempre un farmacéutico en cada farmacia –en lo que el acuerdo básico es que se mantenga la regulación actual-, un especial reglamentismo.

Los abusos contra el sistema y el “copago” (virtual) de los servicios médicos

Todas las clases sociales, todas las ideologías, todos los grupos según el nivel de estudios y según su situación profesional están de acuerdo en la frecuente comisión de abusos, por parte de los usuarios, contra el sistema sanitario.

Es muy relevante que **la aceptación**, ya comentada en estas conclusiones, **del sistema de “copago” como remedio** –siquiera parcial- **contra esos abusos (“free-ridism”)**, que alcanza a casi 2/3 de los entrevistados, **no está afectada por la ideología**. Esto significa que tanto la izquierda como la derecha (por supuesto, también los de centro, que habitualmente ocupan una posición intermedia en la opinión) tienen esa misma aceptación. Se trata de un hallazgo relevante que implica que tanto la izquierda como la derecha están de acuerdo, básicamente, en encontrar una solución contra los abusos.

Sí hay ciertas diferencias en la aceptación del “copago” según la clase social de adscripción, siendo **las clases altas las que lo aceptan más fácilmente** –aunque no sea por ideología sino, probablemente, porque **para ellas el “copago” tiene un valor marginal más bajo**-. Lo mismo ocurre con la relación entre el nivel de estudios y la aceptación del copago: **lo aceptan más fácilmente los que tienen estudios superiores** y, en este caso, lo hacen tanto porque tienen salarios más elevados como por convicción (reconocimiento de la racionalidad del “copago” para evitar abusos). **Los no-asalariados también lo aceptan más fácilmente**. Pero dado que la ideología no influye en la aceptación de ese control de los

abusos contra el sistema, podemos decir que **la izquierda, los asalariados, los que tienen menor nivel de estudios o las clases bajas no se oponen a ese sistema sino en la medida en que pueda suponer para ellos un esfuerzo económico de cierta entidad.**

El problema fundamental de la sanidad pública

También todos los grupos sociales (según las variables de estructura social que hemos utilizado) están de acuerdo en que **las listas de espera son el mayor problema** de la sanidad pública, aunque **a medida que la clase social es más alta más se señalan otros problemas**, como los problemas financieros o de organización. Las clases bajas tienden, especialmente, a incidir más en la “mala” atención que se recibe de parte de los profesionales de la sanidad pública –y es probable que haya una atención discriminatoria contra estas clases más bajas-. Los funcionarios, coherentes con sus intereses, resaltan, particularmente, los problemas derivados de la escasez de recursos humanos. Todo ello, siempre, admitiendo que el principal problema es el de las listas de espera.

En cuanto a si las listas de espera suponen, *per se*, además de un problema, un remedio contra los abusos de los usuarios contra el sistema (que todos los grupos sociales admiten), **es la derecha la que más sostiene esta visión**, aunque **el 44% de la izquierda también la acepta**. Así, las listas de espera serían un problema a “manejar” o “administrar” más que a eliminar, al menos mientras no se disponga de otro sistema eficaz contra los abusos.

LAS POLÍTICAS EN DEFENSA DE LA FAMILIA Y EL GRUPO FOCAL (de políticas familiares)

La opinión de la población en general

Si atendemos a la visión que sobre las políticas de familia tiene la población en general (partiendo de la muestra general a la población mayor de 18 años), podemos afirmar que:

1º Hay un **fuerte nivel de acuerdo en que las políticas de familia deben desarrollarse** (sólo el 7,5% se opone, por ejemplo, al pago de 2500 Euros por hijo/a adicional). La mayoría aprueba la medida (54%), aunque un 26% la critica como “escasa” –lo que es una crítica a la medida concreta, pero no al desarrollo de las políticas familiares-. **La derecha hace una crítica “política”,** siendo el grupo social que más oposición muestra, **o bien por escasa (sobre todo) o bien por excesiva**. Pero esencialmente está de acuerdo en desarrollar esas políticas. Los que tienen estudios superiores, los funcionarios y los no-asalariados, aunque aceptan como positivo el pago de los 2500 Euros por hijo/a adicional, también la critican con cierta intensidad.

2º **Poco más de la mitad de la población (52%) acepta que la ayuda de 2500 Euros sea para todos los que tienen un hijo/a adicional –igualitarismo- y otro 44% preferiría una ayuda restringida sólo a los padres o familias en especial necesidad**. El igualitarismo es propio de los menores de 45 años, o sea, de la población que supuestamente es más afectada por la política, y la “fórmula social restrictiva” sería más propia de los mayores de 45 años –

que ya no esperan tener más hijos-. En ningún caso hay diferencias en este sentido entre distintos grupos ideológicos o de clase social.

3° La población prefiere, por escaso margen, que la ayuda sea igual para todos (47%), pero una parte importante (42%) prefiere que sea progresiva (mayor ayuda a medida que aumente el número de hijos). De nuevo **son los menores de 45 años los que más firmes se mantienen en defensa del igualitarismo y los mayores de 45 años los que más defienden la progresividad** (también la clase baja, por razones obvias es particularmente progresivista). Dicho en otros términos, tanto a causa de lo dicho en el punto 2° como en este mismo párrafo, **la población que más probabilidades tiene de gozar de la ayuda (menores de 45 años) propende a ver en la ayuda una política de fecundidad** (de ayuda a los “nuevos padres”) **y no tanto una mera “política social”** –progresivismo- tendente a “igualar” económicamente a los ciudadanos (visión que estaría más presente en los mayores de 45 años o en las clases bajas).

4°. El formato de las políticas familiares, es decir, la preferencia por “pagos únicos”, pagos directos mensuales o pagos indirectos, muestra que la ayuda de 2500 Euros recibe especialmente críticas porque **la mayoría de los entrevistados prefiere: 1° los pagos mensuales (39%), 2° los pagos indirectos (28%) y 3° los pagos directos de una vez (23%)**. Las críticas son más fuertes por parte de la derecha (que prefiere, con especial fuerza, el pago mensual o las ayudas indirectas), la clase alta (con una preferencia especialmente intensa por las ayudas indirectas) y por los que tienen estudios más altos (preferencia por ayudas indirectas). Es decir, **a medida que los salarios son más elevados, mayor preferencia por las ayudas indirectas**. Pero **incluso la izquierda tiene una preferencia relativamente baja por el formato del pago único**.

5° Hay un **relativo desacuerdo**, como ocurre en la propia clase política, **acerca de cuál es el fin primordial de las políticas familiares**. El 37% afirma que es la natalidad, el 30% la “igualdad social” –compensar a las familias por el coste de los hijos- y el 19% la igualdad de género.

6° **La ampliación de las políticas familiares debe hacerse, en opinión de la mayoría, a costa de la reducción de otros gastos públicos –no sociales- y el 15% estaría dispuesto a aceptar una subida de impuestos** (un porcentaje bajo). Sólo el 9% admitiría una reducción de otros gastos sociales para aumentar los gastos en políticas familiares (a ello se resistirían más los que tienen ideología de “derecha” o, también, los que tienen niveles de estudios más altos). No hay consenso, en definitiva, para aumentar las políticas familiares ni, sobre todo, sobre la forma de financiarlas.

La visión del grupo focal de políticas familiares

Esencialmente **el grupo focal comparte la visión de la población en general** sobre las políticas familiares. No hay, básicamente, grandes diferencias, pero pueden hacerse las siguientes matizaciones:

1° **Los afectados de forma inmediata** por la política se muestran tan satisfechos como la población en general con la política de los 2500 Euros por hijo/a adicional. Esto significa que **no se muestran particularmente egoístas** (no hay una proporción más alta, que en la población en general, que considere que la ayuda es escasa).

2° A medida que más nos centramos en el grupo más directamente afectado –por ejemplo, entre los que tienen menos de 45 años y pertenecen al grupo focal- **aparecen más críticas** a la política del pago único de 2500 Euros por hijo/a adicional. Esas críticas **se perciben más entre los “padres” de la “derecha”** –crítica por considerar escasa la ayuda-. El apoyo es mayor a medida que la clase es más baja, los estudios de menor nivel o la ideología más “izquierdista” –para estos grupos los 2500 Euros son marginalmente más importantes-.

3° **Los intereses inmediatos o perentorios pesan más en la opinión de los grupos focales.** Los inmediatamente más afectados y de clase más baja insisten en el fin social de la política.

LAS POLÍTICAS DE AYUDA A LAS PERSONAS DEPENDIENTES (y la opinión del grupo focal)

La política de ayuda a las personas dependientes, sobre todo en el sentido de ayudar al pago de los cuidadores, es **fuertemente apoyada por la población en general** (95%). **Lo mismo ocurre cuando se trata de juzgar si es aceptable que un “familiar” que no trabaja cobre por cuidar a otro familiar** (un hijo/a, por ejemplo, respecto de uno de sus padres). Se supone que ese cuidado del hijo/a por su padre o madre es, en la visión, al menos, de una parte de la población, una obligación filial. El 91% de los entrevistados en la muestra general aprueba, también, que se pague, por ese servicio, al hijo/a que cuida a sus padre o madre sin pagar por ello un “coste oportunidad”.

Las diferencias, según los grupos de las variables de estructura social, aparecen en relación a otra cuestión que es más genérica –se refiere a muchos tipos de políticas sociales concretas, no sólo al cuidado de las personas dependientes (aunque la pregunta concreta se refiera a ellas)-. Se trata de saber quién, entre el Estado (centros asistenciales públicos), el Mercado (centros asistenciales concertados) o la Familia, es el mejor “cuidador” para determinados tipos de dependencia según su causa (Alzheimer, otras discapacidades mentales y discapacidades físicas).

Hay una **preferencia general por el Estado como cuidador** (centros públicos) **al que sigue la Familia y, finalmente, el Mercado (centros concertados), que concita muy pocas preferencias.** Los menores de 30 años tienen una preferencia algo mayor por el Mercado y algo menor por el Estado, pero es **la “derecha” la que expresa más dudas en el Estado y mayor apego al Mercado, como ocurre en la clase alta o entre los que tienen alto nivel de estudios.** Sin embargo, **lo más relevante es que se mantiene, siempre, la preferencia en el Estado como mejor cuidador.** Si se quiere, debería decirse no el Estado, sino el “Estado de Bienestar” y su “burocracia”, impersonal en un sentido legal y, a la vez, igualitaria y con un sistema de garantías bien establecido.

En general la población, más en este caso que en el de las políticas familiares, **aprecia la función social del Estado, incluso como organizador, no ya de la demanda, sino de la propia oferta.**

El grupo focal de políticas de ayuda a las personas dependientes

La ley de dependencia es, entre el grupo focal de “cuidadores” familiares, muy apoyada (98%) y, también, el pago a un familiar que no incurre en “coste oportunidad” de tipo laboral al cuidar a otro familiar (94%). Sólo, en este último caso, los jóvenes desapruaban este pago en un 30% de los casos –aprecian en ese tipo de cobro por un familiar cuidador que no ha debido abandonar un puesto de trabajo, un caso de “egoísmo” o de “*free-ridism*”-.

El rechazo al Mercado como “cuidador” es más fuerte en el grupo focal (sólo el 3-4% lo aprecian). Los cuidadores hacen distinciones más depuradas en sus preferencias por un cuidador dependiendo del tipo de dependencia de que se trate. Así, en el caso de las enfermedades mentales en general la preferencia por el Estado es máxima (71%), pero esa preferencia va decayendo, a favor de la Familia, según vamos pasando al Alzheimer (50% de preferencias por el Estado y 46% por la Familia) o a la dependencia física (con preferencia clara por la Familia como “cuidador” -65%-). Es decir, parece como si el Estado debiera ocuparse de las enfermedades mentales y la Familia de las físicas. Este fenómeno no aparecía entre la población en general.

También se aprecia, en el grupo focal, que a medida que la clase social es más alta la preferencia por el Estado decae. Llamativo es el caso de los que tienen estudios superiores ante un familiar con Alzheimer: la preferencia por la Familia es, para este grupo social, muy alta –probablemente por el “coste oportunidad” de cuidar a un familiar con Alzheimer para los que tienen estudios superiores-.

En definitiva, y por lo que se refiere a estas dos políticas, la estructura de opinión de los grupos focales no se distingue mucho de la opinión de la población en general. Sí cabe decir que **las poblaciones focales tienen una opinión más marcada dependiendo de sus intereses inmediatos y, a veces, hacen diferenciaciones que los no afectados no aprecian.** La población en general es partidaria de aumentar las prestaciones del Estado de Bienestar, pero no parece dispuesta a pagar muchos más impuestos por ello. Entre las políticas sociales focales la población parece más predispuesta a aceptar la de ayuda a las personas dependientes, pero no se niega a aumentar las ayudas o políticas familiares.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, M.; Gaviria, M. y Laparra, M. (1995), *La caña y el pez. El salario social en las Comunidades Autónomas 1989-1994*, Madrid: Fundación Foessa.

Baldwin, P. (1990), *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare State 1875-1975*. Cambridge: Cambridge University Press (Ed. Castellano, 1992, *La política de solidaridad social. Bases sociales del estado de bienestar europeo 1875-1975*. Madrid:Ministerio de Trabajo y Seguridad Social).

Esping-Andersen, Gøsta (1990), *Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press. (Ed. Castellano, 1993, *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Burjassot: Ed. Alfons El Magnànim).

--(1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press (Ed. Castellano, 2000, *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel).

FERRERA, 1999: "La comparación y el Estado del Bienestar". ¿Un caso de éxito?. En G. SARTORI y L. MORLINO: *La comparación en las ciencias sociales*. Madrid, Alianza, pp. 151-177

M. FERRERA, 2004: "Verso una cittadinanza sociale aperta. I nuovi confini del welfare nell'Unione Europea" en *Rivista Italiana di Scienza Política*, v.1, 95-126

Flora, Meter y Heidenheimer, Arnold (eds.) (1981), *The Development of Welfare Status in Europe and America*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books.

Giner, Salvador (1994), *Historia del Pensamiento Social* (9ª edición). Barcelona: Ariel.

--(1987), 'La estructura lógica de la democracia', en Giner, S., *Ensayos Civiles*, pp. 219-255. Barcelona: Península.

--y Sarasa, Sebastián (1997), 'Altruismo cívico y política social', en Giner, S. y Sarasa, S.(eds.), *Buen gobierno y política social*, pp. 209-237. Barcelona: Ariel.

Gouldner, Alvin (1973), *For Sociology*. Londres: Lane Publishers.

Hayek, Friedrich A. von (1979), *The Road to Serfdom*. Londres: Routledge & Kegan Paul (Ed. Castellano, 1900, *Camino de servidumbre*. Madrid : Alianza, 1990).

Lenski, Gerhardt (1969), *Poder y privilegio. Teoría de la estratificación social*. Buenos Aires: Paidós.(De. original: *Power and Privilege. A Theory of Social Stratification*. Nueva York:McGraw Hill).

Marshall, Thomas (1950), *Citizenship and Social Class and Other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press (Ed. Castellano, 1998, *Ciudadanía y clase social*, Madrid: Alianza).

Moreno, Luis (ed.) (1997), *Unión Europea y Estado del Bienestar*. Madrid: CSIC.

--(2000), *Ciudadanos precarios. La 'última red' de protección social*. Barcelona: Ariel.

--(ed.) (2001), *Pobreza y exclusión: la 'malla de seguridad' en España*, pp. 17-50. Madrid: CSIC. 11

Navarro, Viçenc (1999), *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos.

Nozick, Robert (1974), *Anarchy, State and Utopia*. Oxford: Blackwell (Ed. Castellano, 1988, *Anarquía, estado y utopía*, México, D. F.: Fondo de Cultura Económica).

O'Connor, James (1973), *The fiscal crisis of the state*. Nueva York: St Martin's Press (Ed. Castellano, 1981, *La crisis fiscal del estado*, Barcelona: Península).

OCDE (2006), *Society at a glance*. Paris: OCDE.

Parsons, T. y Bales, Robert (1964), *Family: Socialization and Interaction Process*. Glencoe Ill: Free Press.

Plant, Raymond (1974), *Community and Ideology : An Essay in Applied Social Philosophy*. Londres: Routledge & Kegan Paul.

Polanyi, Karl (1944), *The Great Transformation*. Boston: Beacon Press (Ed. Castellano: 1989,

La Gran Transformación. Crítica del Liberalismo Económico, Madrid: La Piqueta).

Raventós, Daniel (1999), *El derecho a la existencia. La propuesta del subsidio universal garantizado*. Barcelona: Ariel.

Rawls, John (1971), *A Theory of Justice*. Cambridge, Mass: Harvard University Press (Ed. Castellano: 1979, *Teoría de la Justicia*, Madrid: Fondo de Cultura Económica).

-(1986), *Justicia como equidad: Materiales para una teoría de la justicia*. Madrid: Madrid: Tecnos.

Rodríguez Cabrero, Gregorio -(1999), *La protección social de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Sabine, George (1945), *Historia de la Teoría Política*. Madrid: Fondo de Cultura Económica. (Ed. original:1937, *A History of Political Theory*. Nueva York: Holt. Rinehart & Winston).

Sen, Amartya (1981), *Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation*. Oxford: Clarendon Press.

--(1995), *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza.

Thatcher, M. (1993), *Los años de Downing Street*. Madrid: El País/Aguilar.

Titmuss, Richard (1981), *Política social*. Madrid: Ariel. (Ed. original:1974, Abel-Smith, B. y

Titmuss, K. (eds.), *Social Policy. An introduction*. Londres: George Allen & Unwin).
Townsend, Peter (1993), *The International Analysis of Poverty*. Londres: Harvester-
Wheatsheaf.

Turner, Bryan (1986), *Equality*. Londres: Tavistock.

--(1993), 'Contemporary Problems in the Theory of Citizenship', en Turner, B. S., (ed.),
Citizenship and Social Theory. Londres: SAGE. 12

Van Parijs, Philippe (1995), *Real Freedom for All*. What (if anything) can justify capitalism?.
Oxford: Clarendon Press (Ed. Castellano, 1996, *Libertad real para todos: Qué puede
justificar al capitalismo (si hay algo que pueda hacerlo)*, Barcelona: Paidós).

ANEXO I

ANÁLISIS DE GRUPOS DE DISCUSIÓN

1. Análisis del grupo de discusión de cuidadores de personas dependientes

En este grupo de discusión, se ha intentado generar un diálogo en torno a la situación de la dependencia en España, especialmente con referencia al papel del estado. Para ello se ha convocado a personas que tengan una relación de cuidadores con otras dependientes y que por lo tanto tienen una visión de primera mano sobre el tema. En general podemos señalar que se ha resaltado la importancia que tiene la falta de ayudas por parte de la administración hacia las personas dependientes, y sobre todo hacia sus cuidadores. A continuación se señalan los aspectos más importante en torno a los cuales giro la conversación.

VISIÓN GENERAL DE LA INTERVENCIÓN DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS ANTE LA DEPENDENCIA

En general, se reclaman más ayudas de parte de las administraciones, y se califican las actuales como “parches” que en realidad sólo contribuyen a resolver las dificultades del colectivo a corto plazo o bien no se abordan de raíz. Las ayudas que demandan no serían tanto económicas, como disponer de una persona que se encargue de cuidar al dependiente. Esto permitirían un alivio o descanso, al menos temporal, para los cuidadores habituales (se refieren sobretudo al caso de familiares).

- *“Que se ha hecho por parte de las instituciones públicas ahora mismo, a parte de darnos nuestras subvenciones para que la asociación vaya para adelante, ahora mismo... nos han concertado plazas, antes no teníamos plazas concertadas, si la residencia, pero la asociación como tal no, y nos han concertado 47 plazas en total, es lo único así más o menos que por ahora tenemos”*
- *“Un cuidador necesita también muchísimo apoyo en el sentido de que le quiten un poco el peso que tienes con el enfermo que es diario 24 horas (...). Entonces el papel de las instituciones está muy bien, lo de la ayuda a domicilio, que van, te ayudan una hora... pero no te quitan en si nada, yo te hablo de mi caso”*

Como puede observarse, también se apunta hacia el gran perjudicado de esta situación: el cuidador/a; puesto que la persona en situación de dependencia está atendido mientras a aquel se encuentra desprovisto de ayudas para mejorar su calidad de vida Y se señala la importancia de dar apoyo psicológico a las familias.

-
- *“Y estamos solicitando recursos para las personas dependientes y nos olvidamos de los cuidadores, (...) las asociaciones se van dando cuenta de que necesitan apoyo las familias, bueno, hace tiempo que se dieron cuenta, hace 20 años, pero la administración todavía no se ha puesto a buscar recursos para los cuidadores”*

Entorno a este punto, también señalan la falta de información sobre ayudas ofertada por las administraciones.

- *“informar a la gente sobre la existencia de las asociaciones...”*

Con respecto a las residencias privadas, estas son calificadas de excesivamente caras e inaccesibles, además de ser poco valoradas por la falta de inspecciones y la impunidad que tienen ante sus faltas.

- *“a nivel privado, que pagan un huevo, un montón y no se cubren todas las necesidades. (...) a nivel que pueden hacer las instituciones públicas, pues someter a todas las residencias privadas a inspecciones”*
- *“Si, pero luego hay un problema con las inspecciones, aunque detecten la mayor barbaridad, no la van a cerrar, porque no tienen... que hacen con las 200 personas, con tanta gente. Porque hay casos de residencias que hacen salvajadas, les haces una inspección y les meten una multa pero no la puedes cerrar, porque que haces con los 200”*

Aún así si ve con cierta esperanza la ley de dependencia, como un buen comienzo.

- *“En cuanto al papel de las instituciones públicas (...) lo que a mi me parece importante es tener en cuenta que las leyes es importante que estén, aunque luego se puedan llevar a cabo, es muy importante que existan y que haya un papel que diga yo tengo estos derechos y está forma de acceder, ¿no?, a cubrir estas necesidades que tengo y que como ciudadano tengo que tener cubiertas porque me corresponde”*

ASOCIACIONES VINCULADAS A DISTINTAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

Uno de los temas que aparece en el diálogo es la importancia que tienen las asociaciones de familiares de personas dependientes. Se tiene una opinión muy positiva acerca de la función que desempeñan, sobre todo debido a que dado que la intervención por parte de las administraciones públicas es insuficiente, lo que hace que éstas sean necesarias. Aunque se hace hincapié la falta de información sobre estas y las actividades que desarrollan.

-
- *“Para eso están las asociaciones y las familias, para tener un tipo de recursos para que puedan tener más autonomía”*
 - *“Hombre, quién mejor les puede informar son las propias asociaciones porque tienen a los expertos en cada materia, por que es lo que hablamos si desde...”*
 - *“Porque es lo de antes, todos sabemos que hay asociaciones pero ¿Dónde están? (...)”*
 - *“Están cubriendo cantidad de cosas a través del voluntariado que necesitan una capacitación, una formación y una profesionalización para hacerlo con calidad (...)”*

VOLUNTARIADO

En relación con las asociaciones se habla también acerca del voluntariado como una forma de cubrir puestos cualificados por gente que no posee dicha cualificación. Sobretudo por la falta que se detecta de personal. Se critica el uso del voluntariado para actividades que requieren de alguna cualificación profesional, y por lo que quita puestos de trabajo..

- *“Están cubriendo cantidad de cosas a través del voluntariado que necesitan una capacitación, una formación y una profesionalización para hacerlo con calidad (...). Una asociación si quiere dar respuesta a todas esas necesidades de todas las personas que demandan apoyos, o tiras de voluntarios o no puedes”*
- *“Los voluntarios que gestiono yo no cubren ningún puesto de trabajo...”*
- *“Claro, no estoy diciendo que todos los voluntarios (...) que además luego lo piensas y lo entiendes, es súper lícito porque es la única manera de dar respuesta a todas esas necesidades de la gente para la que estás trabajando...”*

No obstante, también se reconoce que si desde la administración no se prestan más ayudas, estos son indispensables. Y que es una forma de pretender estar cubriendo las necesidades del colectivo cuando lo que en realidad haría falta es un mayor número de profesionales.

- *“Desde la administración se está fomentando porque es la única forma que tienen de atender y no me deis la plasta porque están atendidos de alguna manera (...)”*
- *“Entonces, no estoy diciendo no al voluntariado, estoy denunciando el abuso del que yo creo que se está haciendo del voluntariado para cosas que creo que no se deberían cubrir con puestos voluntarios”*

-
- *“Yo no digo no al voluntariado (...) me parece muy positivo, y oye, estupendo, creo que en esta sociedad nos hace mucha falta, pero creo que hay cosas que...”*

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

En este apartado se tiene en cuenta las necesidades que se han detectado entre familiares que atienden directamente a personas dependientes. Se puede destacar el sentimiento de culpabilidad que algunos han manifestado a la hora de delegar el cuidado del enfermo/discapacitado a otra persona. Sin embargo, también señalan que aunque cuete trabajo es necesario contar con un “respiro”, en el que sea otra persona quien les releve por más tiempo que una hora al día, para poder desconectar y vivir un poco su propia vida.

- *“Intentamos también que vaya un voluntario para que el cuidador descanse y salga (...)”*
- *“Te sientes luego como culpable, porque yo soy joven, pero, te sientes como que eres tú, y si no lo haces tú, como te sientes que lo abandonas (...)”*
- *“(...) yo el respiro lo veo básico (...)suele ser muy poco tiempo, a lo mejor la visita que hace un voluntario es una vez a la semana un ratito, entonces no es un respiro real, o el rato que va la auxiliar de ayuda a domicilio”*
- *“Yo considero que el respiro es quitarte al enfermo de encima, liberar tu mente, venir tranquila”*
- *“(...) no te sientas culpable porque lo dejas ahí un mes o quince días”*

Con respecto a la necesidad de ayudas a las personas dependientes, señalan la importancia de la formación de sus cuidadores, a la vez de la de la persona que tendrán a su cargo, sobre todo en situaciones de larga enfermedad.

- *“(...) el desgaste del cuidador ellos no lo ven pero es algo que te va consumiendo, porque son 24 horas todos los días”*
- *“(...) la figura del cuidador, o de la cuidadora que generalmente es mujer, y eso también hay que tenerlo en cuenta, o a mi me lo parece, y me parece que falta información e información para las personas dependientes, que a veces (...) se vuelven un poco tiranas en la relación”*
- *“Formación para las personas que ya hacen ese papel de cuidadores, de asistentes personales, porque es una relación muy delicada (...) está muy abandonado el tema de la formación, y creo que eso también debería de asumirlo la administración”*

-
- *“Yo jamás me había planteado llevar a mi marido a una residencia, me lo estoy planteando por el hecho de mi trabajo, porque me estoy quedando sin fuerzas por muchas casas, y a mí se me arranca el alma, yo no quiero. Entonces, ¿Por qué?, si yo se que va a estar muchísimo mejor, más cuidado, pero a mí me da muchísima pena, preparar a los familiares que no pasa nada, que vas a seguir queriéndolos, que todo eso yo no se, pero... te cuestiona muchas cosas”.*
 - *“(...) Preparar a cuando una persona se enfrenta a una enfermedad así, que va a ser muy duradera, que va a ser tan larga, que se que es muy duro mentalizarse para que lleguen a esa situación (...)”*
 - *“Y estamos solicitando recursos para las personas dependientes y nos olvidamos de los cuidadores (...)”*
 - *“(...) pero yo también puedo tener mi vida, y no tengo porque hipotecarla (...)”*

PROBLEMAS Y DIFICULTADES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA EN PERSONAS DISCAPACITADAS

Una de las cuestiones que se han mencionado es que el cuidador/a, al no tener la formación adecuada, a veces cae en el error de tratar a un discapacitado físico que conserva todas sus capacidades intelectuales sin tener en cuenta sus criterios para hacer las cosas. Esto contribuye al malestar de la persona dependiente. Aunque también puede ocurrir en el caso de discapacidad intelectual, en los que es difícil saber hasta que punto se pueden tomar las decisiones por las personas a las que se cuida. Nuevamente, se vuelve a destacar el papel que debería tener la administración en la formación de los cuidadores/as.

- *“ Formación para las personas que ya hacen ese papel de cuidadores, de asistentes personales (...) y tu no tienes que tomar decisiones y que la gente sepa que tu no tomas decisiones y no estamos hablando de la discapacidad intelectual que a lo mejor si que va un poco encaminada más al apoyo, con personas con discapacidad física que tienen toda su cualidad y tal para tomar decisiones, y es muy delicado porque muchas veces por la dinámica o por la velocidad y tal eres tu la que decides, pues hoy te vas a poner estos calcetines, un momento, yo tengo capacidad para decidir que calcetines me pongo hoy, y es que yo creo que está muy abandonado el tema de la formación, y creo que eso también debería de asumirlo la administración”*
- *“Entonces, claro, tu llegabas un día y el chico estaba perro, y llegamos tarde al cole y hay que moverse porque hay que trabajar y hay que trabajar despacio porque tu necesitas de tu ritmo y tal, pero si es cierto que hay días que pillas atascos, llegas tu tarde, el enano se te ha quedado frito, todo se junta y efectivamente las decisiones las tomas. Pero bueno, eso es normal dentro del día a día y que pasa una vez y no pasa nada, porque bueno, nos pasa con nuestros hijos cuando los tengamos que no es mi caso... no, que también tienen edades que ya tienen capacidades de decisión y no les dejas, pues*

porque... y les dice que llegamos tarde al cole, pues eso un poco igual. Y a mí sí que me parece muy importante, y en el caso de cualquier tipo de discapacidad, pero en este caso la formación en discapacidad intelectual me parece fundamental, porque hay veces que es un abuso tremendo.”

ASPECTOS ECONÓMICOS VINCULADOS A LAS DEPENDENCIA

El principal problema para que otras personas a parte de la familia estén a cargo de las personas dependientes son las cuestiones económicas, ya que en general las familias sino es gracias a ayudas no pueden hacer frente al enorme gasto que supone, por ejemplo, una residencia.

- *“(...) es que son muchas cosas, si una residencia, si es muy bonito, yo me voy a una residencia, como, con que dinero, con que ayuda, porque ese dinero yo lo necesito para darle los estudios a mi hija para seguir pagando una hipoteca, para seguir viviendo, para seguir...”*
- *“(...) si al final todo es económico (...)”*
- *“También depende de que recursos, porque si estamos hablando de una residencia que quieras que no están completas tus necesidades básicas y están cubiertas pues vale, pero si estamos hablando de un centro de día y yo pago el 25%, ¿y luego que me dais?, ayuda a domicilio, y pago otro 25%, pues al final, es que al final esa familia no vive de esa pensión, y la mayoría de las personas con discapacidad tienen una pensión de 400 euros”*

INFORMACIÓN Y FORMACIÓN A LA QUE SE ACCEDE SOBRE DEPENDENCIA

Se ha señalado la importancia de que las personas cuidadoras estén informadas de las ayudas concretas de las que pueden llegar a beneficiarse. Pero también es necesario saber a dónde pueden acudir para informarse sobre el cuidado específico que necesita la persona a su cargo (se cita la importancia del papel de las asociaciones, en este sentido). Así mismo, como ya se ha visto en apartados previos, la formación es una herramienta clave en el ámbito de la dependencia. Y deberá abarcar desde cuestiones sobre el cuidado y la atención como sobre cómo afrontar a nivel personal una situación de dependencia.

- *“Falta información (...) para las personas dependientes (...) a veces se vuelven un poco tiranas en la relación, generalmente porque la mayoría de las personas dependientes cubren sus necesidades por familiares”*
- *“Y a mí sí que me parece muy importante, y en el caso de cualquier tipo de discapacidad, pero en este caso la formación en discapacidad intelectual me parece fundamental, porque hay veces que es un abuso tremendo”*

-
- *“(...) pero yo es que no se interpretar esa información, así que no me sirve de nada”*
 - *“Hombre, quién mejor les puede informar son las propias asociaciones porque tienen a los expertos en cada materia (...)”*
 - Una queja generalizada gira en torno a en qué lugar se puede obtener dicha información, ya que hoy en día en la mayoría de los casos se encuentra todo colgado en la red, y sin embargo sobre todo las personas de mediana edad para adelante no tienen los recursos para acceder a ella.
 - *“¿Por qué tenemos que tener idea de Internet la gente como mayor (...)”*
 - *“Se supone que estamos en la era de la información. Yo creo, y siempre lo digo de este tema y de otros tantos, que esta información efectivamente está ahí, pero no llega a todo el mundo ni de coña, para empezar, porque hay mucha gente que no tiene los recursos ni las estrategias individuales de acceso a ella...”*

LA LEY DE DEPENDENCIA

Como hemos visto, se detectan numerosas necesidades que están aún por cubrir o apoyar desde las administraciones públicas. Sin embargo, se tienen esperanzas en la ley de dependencia, ya que a pesar de que no vaya a cubrir todas las necesidades, es un paso más. El hecho de que se legisle se considera como un avance hacia una mejora de la situación de los dependientes. Aún así, se sigue considerando esta medida como insuficiente, ya que hay muchas personas con dependientes a su cargo que demandan más ayudas de manera urgente.

- *“Que las instituciones muy bonito lo que dicen (...) te ayudamos, tal... pero a la hora de la verdad te encuentras más sola que la una. (...) Porque si, te van una hora y que. Si estás fuera de casa 8 horas como haces. Y si no tienes economía para pagarlo... o sea, no se como decirte... la ley de dependencia estará muy bonita cuando y como se haga”*
- *“ (...) El tema de la ley de dependencia, a mi me hace mucha gracia porque es algo controvertido como siempre,(...), y evidentemente no va a llegar toda la ayuda que necesitamos, (...), pero lo que a mi me parece importante es tener en cuenta que las leyes es importante que estén (...) que haya un papel que diga yo tengo estos derechos y está forma de acceder, (...), a cubrir estas necesidades que tengo y que como ciudadano tengo que tener cubiertas porque me corresponde”*
- *“Y luego claro, que las cosas evidentemente tienen su ritmo, y no podemos pretender que de cero pasemos a 100, claro es imposible”*

Un aspecto que también resaltan es el hecho de que la ley de dependencia está diseñada sobre todo para personas mayores, y que por ello deja muchas lagunas en esta materia para los casos de personas con discapacidad física e intelectual.

- *“(...) la ley estaba preparada para personas mayores (...) incluyesen a otro tipo de personas que no fueran las personas mayores porque había más personas con dependencia, que serían personas con discapacidad intelectual y personas con enfermedad mental (...)”*

DEPENDENCIA Y TERCERA EDAD

En el caso de que las personas dependientes sean mayores, el principal cuidador suele ser su pareja, aunque ésta no esté en plenas condiciones para atenderle. Esto supone en muchos casos una atención precaria. En el caso de que ambos necesiten ser cuidados, suelen ocuparse de ellos los familiares, ya que las residencias tienen un alto coste económico.

En los casos en los que los mayores son los cuidadores, a cargo por ejemplo de un hijo con discapacidad intelectual, al envejecer estos necesitarán cuidador para ambos. Con lo cual la situación se agrava aún más.

- *“Porque ahora hay muchas familias que son mayores pero pueden tener a su hijo con discapacidad pues mucho tiempo, pero claro, que nos está pasando ahora, que los padres se están haciendo mayores y los padres se vuelven dependientes, entonces ese chico si no tiene hermanos, no tiene familia pues necesita una...”*
- *“Personas con discapacidad intelectual antes tenían una esperanza de vida mucho más baja (...). Entonces ahora mismo hay personas con discapacidad intelectual de 60 años, de 70 años... y entonces que pasa, ¿sobre quién recae esa carga final?, sobre los hermanos, porque los padres lógicamente por naturaleza fallecen (...)”*
- *“(...) el caso de las personas mayores yo creo que se complica un poquito más, porque si uno de los dos es dependiente y el otro no lo es y está muy cerca de serlo (...) que tiene que cuidar a una persona que tampoco está en muchos casos para cuidarla, porque no la puede movilizar... porque, bueno (...)”*

AYUDAS Y PRESTACIONES A LA DEPENDENCIA

Como ya se ha visto, se reclaman más ayudas. El dinero destinado a éstas sigue siendo el mismo, pese a que aumenten las cifras de beneficiarios. Las familias con dependientes se enfrentan a muchos gastos para su atención, a lo que se suman otras necesidades como lo son, por ejemplo, el cuidado de los hijos. Esto condiciona el trabajo y obliga

Además también es de señalar que muchos puestos de trabajo están siendo sustituidos por voluntariado, aún no teniendo la formación específica, con lo que se reducen los gastos.

-
- *“(...) te hace falta más ayuda”*
 - *“(...) por estadísticas y memorias se pues se ve que se atiende a muchas más personas, pero claro, esto es porque le han subido muchísimo la cuota (...)”*
 - *“(...) económicamente no te da (...). Claro, es que son muchas cosas, si una residencia, si es muy bonito, yo me voy a una residencia, como, con que dinero, con que ayuda, porque ese dinero yo lo necesito para darle los estudios a mi hija para seguir pagando una hipoteca, para seguir viviendo, para seguir (...)”*
 - *“Mira, es lo de siempre, que falta dinero, y el dinero hace que casi todo sea posible, y es una pena pero es que es así, y para estas cosas no se destina dinero (...)”*
 - *“Están cubriendo cantidad de cosas a través del voluntariado que necesitan una capacitación, una formación y una profesionalización (...) sigue promoviendo que la gente trabaje gratis”*

RURAL

En el ámbito rural, todo lo dicho anteriormente se intensifica. Se destaca principalmente la falta de coordinación entre los profesionales a la hora de atender los casos de pacientes con dependencia.

El excesivo tiempo que implica el desplazamiento en ambulancia de los pacientes o el desplazamiento del médico/especialista es señalado aquí como uno de los principales inconvenientes para que las personas dependientes puedan ser debidamente atendidas.

- *“Miedo, desinformación completamente (...) Ayudas económicas las justas (...)”*
- *“En los pueblos principalmente es un problema de tiempo (...)”*
- *“Yo quiero hacer hincapié en los pueblos, en las zonas rurales que están completamente abandonadas y más en Castilla y León que casi todo son pueblos...”*
- *“Todo lo que hemos hablado se magnifica”*
- *“Y mas conexión entre profesionales (...)”*
- *“(...) Es un problema de coordinación...”*

2. Análisis del grupo de discusión de personas mayores

Las cuestiones que más aparecen en el diálogo son las referencias a los recursos humanos del sistema sanitario español, los abusos que la población comete del mismo y la inmigración. En el sentido opuesto, se profundiza poco en la financiación de la sanidad, los medicamentos y las listas de espera, a pesar de ser, algunos aspectos preguntados explícitamente. A continuación se da cuenta de estos temas de otros aparecidos a lo largo de la conversación del grupo.

ABUSOS DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES SANITARIAS POR PARTE DE LOS USUARIOS

Con respecto a los posibles abusos por parte de los usuarios de la sanidad pública, parece existir un acuerdo de la existencia de los mismos y se hace especial mención a las conductas de las personas mayores, aunque no exclusivamente. Un aspecto que han señalado es la masificación de las consultas y las urgencias. A la primeras, sobretodo por parte de personas mayores, a veces se acude no tanto por una cuestión puramente de salud, sino porque quieren que alguien escuche sus problemas. Haciendo referencia al uso del sistema público de salud señalan que:

- *“los mayores lo utilizamos muchísimo, no es que funcione mal, es que depende de la persona (...) quizás eso os estoy hablando un poco en plan de profesional puesto que yo soy enfermera también. Y la gente necesitamos que nos escuche pero no es el sitio al médico donde se debe de ir, eso es un criterio mío.”*

Pero también constatan el hecho de que algunas personas usan los servicios del sistema público de salud de manera indiscriminada, ante cualquier problema de salud aunque sea leve.

- *“hay veces que en invierno que por una simple gripe, una madre sale corriendo con el niño o quién sea y eso da lugar a una masificación que no sería necesaria.”*
- *“En lo que decía ella, de que se masifica la atención primaria, si hay un programa de televisión de cotilleo, que es una novedad, las consultas bajan. ¿A qué sí?”*

En sentido, tanto para las personas mayores, como para el resto de la población se ve importante la educación o información sobre cómo utilizar los servicios y prestaciones sanitarias, en línea de no provocar masificación y un mal uso de los recursos.

- *“Yo creo que también haría falta una educación de pacientes, efectivamente, de acudir a los médicos cuando verdaderamente es necesarios”*

-
- *“lo que había dicho antes, concienciar o empezar a concienciar dado que vamos envejeciendo todos, los más mayores a lo mejor ya no les llega tanto pero a toda la gente de cincuenta y cinco para arriba, sesenta para arriba, concienciarles sobre las visitas al médico y los medicamentos, una educación y concienciar a la gente sobre menos gastos sanitarios, sobre todo a nivel de medicamentos y de visitas constantes a los médicos.”*
 - *“Claro, a lo mejor a la gente mayor, ya mayor, ochenta, noventa, a lo mejor no le entra, creen que están en todo su derecho y lo están naturalmente que lo están, pero a nivel de la gente que empezamos a estar más arriba, pues eso que haya una concienciación mayor, una concienciación sanitaria mayor.”*

Hablan de la necesidad de una concienciación sobre estas cuestiones y de que, a pesar de que algunos profesionales puedan no ofrecer un trato adecuado, muchos están cansados de las exigencias de los pacientes.

- *“Ahora hay que reconocer que también hay personas que exigen mucho a los médicos”.*
- *“A veces exigimos más de lo que nos pertenece y claro los médicos también se cansan.”*

COMPARACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DE LAS DISTINTAS CC. AA.

Las diferencias entre las CC. AA. se deben sobretodo a una cuestión de recursos económicos de cada una de ellas. No se percibe que se estén discriminando por parte del gobierno central pero si que se hace hincapié en las desigualdades provocadas por una mejor o peor situación económicas de las regiones y por la distinta forma en que se gestiona el presupuesto destinado a Sanidad.

- *“el nivel de personas mayores que son en general los que más acuden, aquí hay una gran diferencia, eso también hay que decirlo. Yo por ejemplo suelo viajar relativamente bastante y no es lo mismo los medios que se tienen por ejemplo, te voy a hablar de Valencia, de Castellón y Cataluña por ejemplo, tienen muchísimas más facilidades, pero no debemos de olvidar de los que estamos aquí Castilla y León es de los que menos, y donde más mayores hay que son los que en realidad más acudimos a los médicos.”*
- *“Qué somos los más mayores (refiriéndose a la población de Castilla y León) y tienen que trabajar más los médicos si tenemos más gente que los necesita, eso sí, que recibimos menos, no. Se ha hecho con arreglo a los habitantes que se tiene cada una de ellas, y aparte Castilla y León de corresponsabilidad recibe más que ninguna porque es la más pobre, o sea que no creo que recibamos menos, otra cosa es como se invierte, y yo digo que la diferencia que puede haber de unos a otros sí, unos invierten más en cosas sociales y otros menos, y unos tratan de hacer más sanidad pública y otros más sanidad privada.”*

Además se considera que el haber hecho efectivas las transferencias en materia de sanidad antes o después condiciona el funcionamiento; será mejor para las que llevan con ellas más tiempo.

- *“Las que mejor funcionan son las que han tenido las transferencias hace más tiempo y es normal porque ya se han ido preparando mejor, y las últimas que han llegado pues estamos un poco más retrasadas”*
- Otra fuente de desigualdades la constituiría el hecho de que el gobierno central y el gobierno regional estén conformados por miembros del mismo o de distinto signo político
- *“ (...) a lo largo de los años que llevamos de democracia se ha constatado, que cuando ha habido un gobierno de una idea se ha favorecido más a una determinada provincia o a su localidad o a la parte de la provincia que más les apoya o más les ha votado, entonces yo creo que sí influye un poco, en el dinero que se designa a cada uno, luego cómo lo maneje cada Comunidad es otra cosa.”*

INMIGRACIÓN Y SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

En este tema, por una parte se reconoce la importancia de atender a las necesidades de salud de los que llegan, el trato humano y se valora la precariedad de las condiciones de vida de los lugares de procedencia. Por otro, consideran que son demasiados, que para España no es sostenible el volumen de inmigración que está llegando, y que, a diferencia de los españoles que migraban a mediados del siglo pasado, los que llegan a nuestro país ahora no suelen venir con contrato.

- *“ (...) a lo mejor también puede afectar un poquito a la Sanidad (la llegada de inmigrantes), yo no digo que no, pero yo es que siempre pienso en lo humano, y que cambiar el puesto.”*
- *“ (...) ahora mismo como sabéis llega la gente y rápidamente se les encierra donde sea y se les deporta otra vez a su país, entonces todo el tiempo que están aquí, no les vas a dejar morir, eso me parece humanitario”*
- *“Los españoles efectivamente han ido, pero iban con un contrato de trabajo desde aquí, iban a Alemania, iban a Francia iban con un contrato de trabajo, y aquí no, y tenían malamente pero tenían todas esas cosas cubiertas (con referencia a la sanidad)”*
- *“ (...) quizá tengamos mucha suerte nosotros que no hemos pasado lo que ellos están pasando ahora, pero es que claro viene una cantidad tan masiva, que es que España no puede”*

Aunque sobre esta cuestión no se establecía un acuerdo claro, sino que encontramos alguna postura que considera que el impacto de los inmigrantes es en cualquier caso positivo en la medida en que van a hacer poco uso de las prestaciones y servicios sanitarios. El problema se ve más de cara al futuro y a que no cese el flujo migratorio hacia España.

- *“aquí hay una cantidad de inmigrantes que están cotizando a la Seguridad Social y hay otra cantidad de inmigrantes que no tienen Seguridad Social y les atienden en la Seguridad Social, creo que para España es positivo eso, porque normalmente la gente que viene es gente joven y usa poco la Seguridad Social, no como si fuera gente mayor, sin embargo, para ayudarnos a los mayores, lo mismo a las pensiones que a la Seguridad Social, hay una cantidad enorme de gente inmigrantes que está cotizando. Entonces, yo veo el problema que es masiva la gente que está entrando y que no vamos a saber que tenemos que hacer con ella, pero ahora en la actualidad no es negativo.*
- *“O sea que yo creo que a la Seguridad Social y a la sanidad no se le está perjudicando, al contrario creo que se está favoreciendo porque hay mucha gente que cotiza y usa poco la sanidad.”*

Un último aspecto que se ha sacado a colación con respecto a la atención de los problemas de salud de los no nacionales, es la distinción entre, entre los extranjeros de la Unión Europea, turistas o de residentes y los que proceden de otros países cuyo principal motivo de llegada es económico y laboral. En concreto se refieren a los casos de extranjeros con residencia en España que aprovechan sus vacaciones para operarse o empezar tratamientos en nuestro país.

- *“(…) es que yo he oído que en Palma de Mallorca vienen los ingleses a operarse”.*
- *“Exactamente porque no tienen la Seguridad Social que tenemos aquí, y yo lo he oído en Palma de Mallorca, que claro allí tienen un piso, un chalet o lo que sea y allí se operan, y alemanes igual, o sea que...”*
- *“Si el de la enfermedad es una catarata que aquí, y puedes ... Ocho, quince o veinte días pues oye, no se puede hacer en España, vete a tu país, pero claro si viene un inmigrante y no ve, pues hay que operarlo.”*

LAS LISTAS DE ESPERA Y LA MASIFICACIÓN DE ALGUNOS SERVICIOS DE LA SANIDAD ESPAÑOLA

La cuestión de las listas de espera se relaciona con la saturación de otros servicios como es el caso de las urgencias. Es ésta queja la fundamental, en la que más se hace hincapié frente a otros aspectos como podrían ser el personal sanitario o los recursos materiales de que dispone el sistema público de salud.

-
- “ (...) creo que aparte de las listas de espera, no estamos mal, hay un cuadro de especialistas muy bueno, tenemos unos hospitales estupendos y, pienso, que a nivel local no estamos mal del todo aparte de las listas de espera, ahora la Sanidad yo creo que sí que puede mejorar muchísimo.”
 - “yo creo que se masifican las urgencias porque como hay una lista de espera muy grande, mucha gente va y dice, yo voy a urgencias y me hacen todo tipo de pruebas y ahí (...)”
 - “Hay médicos que mandan a pacientes que vayan por urgencias porque así les ven en urgencias y les manden ingresar para que las operen, y eso ha ocurrido hace un mes.”
 - “(respecto a las urgencias) el problemas es que están masificadas, porque yo he ido muchas veces con mi nieto, y te atienden de maravilla y tuve que ir con mi madre que ya falleció por desgracia y te atienden de maravilla, los medios son buenos y en cuanto entras en urgencias con un problema ligeramente grave te hacen todo tipo de pruebas (...) Pero el problema es la espera, que hay veces que viene un enfermo pues muy mal, muy dolorido, con urgencia y entonces tienes que estar en la sala esperando en urgencias horas, horas y horas.”

MEDICAMENTOS

Otra de las aportaciones del grupo es la de los visitantes médicos, es decir de los representantes de laboratorios farmacéuticos. Se considera que las estrategias de marketing que llevan a cabo acaban perjudicando al paciente, bien sea porque roban tiempo de consulta (hacen referencia a los visitantes médicos, los representantes, aunque los denominan “viajantes”) o porque condicionan los medicamentos que se recetan a unas determinadas marcas en detrimento de los genéricos.

- “Y eso no se puede permitir que en el tiempo de consulta que se metan ahí los viajantes, pero lo que pasa que como tienen la sartén agarrada por el mango hacen lo que quieren, porque nosotros hemos conseguido que no vayan a la consulta pero resulta que se van al centro de salud y en vez de llegar a las diez y media pues llegan a las once y entonces están allí y media hora que nos quitan de consulta.”
- “En esto de los genéricos es que se llevan un tanto por ciento los médicos de ellos, que eso lo debía de saber todo el mundo y entonces pues abusan, (...)”
- “Bueno también de los otros, depende del laboratorio que te receten saben que se llevan un este o que te hacen un viaje porque hacen un congreso y ese laboratorio prepara un congreso.”

Aunque, en cuestión de medicamentos hay otro problema que se ha detectado y que tiene que ver con el uso indiscriminado que hacen de ellos algunos paciente. Las prácticas suponen desde no seguir las indicaciones de los médicos a automedicarse siguiendo los consejos de personas conocidas, etc. Con respecto a la posibilidad de cobrar algo por consultas o tratamientos para evitar los abusos no había una postura claramente definida

- *“Porque los tratamientos esos que tienen por supuesto que los tendrían que pagar (se refiere a la Sanidad Pública) pero hay mucha gente que: “esta pastilla no me va, voy a por otra”. Un derroche...”*
- *“los médicos te aconsejan que más de tres medicamentos no se deben de tomar y el tiempo que le mande el médico, cosa que la gente está tomando una cosa y sigue tomando y en vez de cuatro, fulanita me ha dicho que eso me va muy bien, pues lo voy a probar también, vas al médico y tomas y tomas, y claro lo que no sabe mucha gente es que hay medicamentos que tomados sueltos o con otra cosa que haría efecto, y tomados a lo mejor con tres medicamentos no te hace nada”*

CUESTIONES REFERIDAS A LA SANIDAD PRIVADA

En el desarrollo del grupo de discusión aparecieron diálogos en torno a comparaciones entre la sanidad privada y la pública. En general, aunque de ésta reconocen la disponibilidad de más medios y una buena atención, lo que más valoran de la primera es un trato más personalizado. Además alguna persona ha señalado que cuando un médico trabaja en centros de distintas titularidades, pública y privada, tiende a poner más dedicación a su trabajo en ésta última.

- *“si acudimos a la Santísima Trinidad y si pretendemos es porque nos apetece a todos un trato más personalizado, y en la Seguridad Social a pesar de que todos reconocemos que hay unos aparatos estupendos y que te tratan bien, porque después que estás dentro, quitando una serie de médicos que se piensan que bueno que son algo superior al resto de la gente, y que tratan a la gente como si fueran, pues no sé, perdona vidas, pues no sé yo he tenido un par de encontronazos con dos cuando mi madre estuvo ingresada porque es una personas mayor y (...) usted explíquelo a mí, y dígamelo claramente que me entienda. (...) y es lo que pretendemos todos un trato un poco más personalizado, más humano y más personalizado sobre todo.”*
- *“el médico que hay normalmente te conoce, las habitaciones son un poco diferentes, la cosa de quirófano, te atienden diferente, yo sé personas que han tenido una operación allí que han salido a las dos horas, hablo de una cosa de vista y han salido estupendamente, fuimos al otro sitio y también normalmente el médico procura aparte de que trabaje en la Seguridad Social tiene trabajos a parte, y si tiene que dedicarle cinco horas a lo particular se las dedica mucho mejor que es donde gana más dinero (...)”*

En relación con este tema, se dialogó también sobre la posibilidad de que desde la sanidad pública se concertaran determinados servicios con centros privados. No se valora como algo negativo en sí de cara al funcionamiento del sistema sanitario, siempre que sean algunas prestaciones, no todo; si bien se valora como más adecuado aumentar la inversión en lo público

- *“(...) a mi me da lo mismo que efectivamente que haya un concierto con empresas privadas o que hayan más instituciones públicas, el caso es que funcione.”*
- *“Yo en eso lo tengo muy claro, yo pienso que se debe contar con los hospitales privados pero siempre con acuerdo del público, lo que no me gusta es como el que se ha hecho en Alcorcón o algunos que se hicieron en Galicia que es desplazar digamos la Seguridad Social pública a privada todo directamente.”*
- *“Hombre, yo pienso, pienso que se aplicara a lo público sería lo ideal porque llegaría a todo el mundo, los concertados es lo que decimos porque hay mucha gente que aparte de su Seguridad Social tiene su contrato con una compañía, entonces esos van donde quieren porque se lo pueden permitir económicamente, entonces es preferible aumentar los medios de la pública porque lo público llega a todo el mundo, lo puede solicitar toda la gente, el resto de las cosas no, hay mucha gente que no tiene medios para llegar a otras cosas. Entonces creo que sería mejor que la pública mejorara.”*

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Otro de los aspectos más citados en los recursos materiales de la sanidad, desde infraestructuras, innovaciones tecnológicas, pruebas diagnósticas o materiales en general. A pesar de que aparece de nuevo la masificación, se considera en general que se disponen de medios avanzados y calidad en cuanto a recursos. Las necesidades estarían más relacionadas con la disponibilidad de más personal sanitario

- *“Pueden mejorar yo opino que en cuánto a los quirófanos, porque creo que sólo están por las mañanas, por qué no pueden operar por las tardes, y así los médicos también habría también más médicos ocupando esos puestos y no tendrían que irse fuera.”*
- *“Y en cuanto a las urgencias que no lo dije antes, yo creo que las urgencias en Salamanca funcionan de maravilla, el problema es que están masificadas, porque yo he ido muchas veces con mi nieto, y te atienden de maravilla y tuve que ir con mi madre que ya falleció por desgracia y te atienden de maravilla, los medios son buenos y en cuanto entras en urgencias con un problema ligeramente grave te hacen todo tipo de pruebas (...) pero el problema es la espera, que hay veces que viene un enfermo pues muy mal, muy dolorido, con urgencia y entonces tienes que estar en la sala esperando en*

urgencias horas, horas y horas. Te hablo de las diez de la noche a las dos de la mañana, porque hay pruebas que hay que hacer y espere usted, espere usted, y no sólo eso que hay patologías que hay muchísimos enfermos, entonces con las camas pasa exactamente lo mismo.”

- *“(…) en la Seguridad Social a pesar de que todos reconocemos que hay unos aparatos estupendos y que te tratan bien, porque después que estás dentro, quitando una serie de médicos que se piensan que bueno que son algo superior al resto de la gente, y que tratan a la gente como si fueran, pues no sé, perdona vidas.”*

En esta última cita puede apreciarse también otra de las referencias que aparecen recurrentemente que es la de los recursos humanos de los que se dispone en el sistema público. En general se valoran muy positivamente la calidad de los profesionales pero se considera que son escasos, a lo que atribuyen el hecho de que existan listas de espera tan largas.

- *“(…) médicos que se tienen que marchar fuera haciendo muchísima falta en nuestros hospitales. A nivel personal y local de aquí de Salamanca creo que aparte de las listas de espera, no estamos mal, hay un cuadro de especialistas muy bueno, tenemos unos hospitales estupendos y, pienso, que a nivel local no estamos mal del todo aparte de las listas de espera, ahora la Sanidad yo creo que sí que puede mejorar muchísimo.”*
- *“Pueden mejorar yo opino que en cuánto a los quirófanos, porque creo que sólo están por las mañanas, por qué no pueden operar por las tardes, y así los médicos también habría también más médicos ocupando esos puestos y no tendrían que irse fuera.”*

Algunos tenían críticas para el trato que reciben las personas mayores por parte de determinados médicos, pero no parecía una impresión generalizada puesto que se hace hincapié en varias ocasiones de la buena atención (incluso para las urgencias que están masificadas)

- *“Los médicos yo creo que lo fundamental de un médico es la amabilidad, sobre todo con las personas mayores y entonces hay un problema que hay médicos que hablan pues un poquito fuera de tono a las personas mayores...”*
- *“(…) las personas mayores pues se acomplejan un poco y ya no son capaces de decirle lo que tienen. Ahora hay que reconocer que también hay personas que exigen mucho a los médicos. Por las dos partes, y ese también es un problema.”*
- *“Pues yo el que tengo de cabecera, estoy estupendamente con él, y todos los médicos que ven buenísimos.”*

-
- *“Yo pienso que es bastante buena (la atención), concretamente en oncología yo no sé si aparte de medicina tienen psicología porque a los pacientes y a los acompañantes, o sea a los familiares les tratan con un cariño exquisito.”*
 - *“Y en cuanto a las urgencias que no lo dije antes, yo creo que las urgencias en Salamanca funcionan de maravilla, el problema es que están masificadas, porque yo he ido muchas veces con mi nieto, y te atienden de maravilla y tuve que ir con mi madre que ya falleció por desgracia y te atienden de maravilla, los medios son buenos y en cuanto entras en urgencias con un problema ligeramente grave te hacen todo tipo de pruebas (...) pero el problema es la espera, que hay veces que viene un enfermo pues muy mal, muy dolorido, con urgencia y entonces tienes que estar en la sala esperando en urgencias horas, horas y horas.”*

Como último apunte, cabe señalar que, independientemente de que se considere que los médicos tienen una vocación adecuada o no, lo que se valora es que se personalice el trato. Incluso, se acepta el hecho de que exista espera su está justificada por un buen trato y tiempo dedicado a los pacientes.

- *“tenemos una doctora que el tiempo no lo mide, y dices si a mí no me importa estar aquí si yo tengo a la una y son las dos y todavía no me ha llamado porque esta señora si necesita un enfermo necesita diez minutos, pues diez minutos pero si otro necesita veinte pues está veinte, y a lo mejor te está escuchando que para nosotros eso de que te escuchen es importantísimo porque parece que es que sales nueva de allí y entonces no le importa el tiempo, pero yo creo que sabe medir a quien tiene que tener diez y a quien tiene que tener veinte minutos.”*
- *“ (...) el médico de cabecera ahora pues está muy bien porque hay muchos, sobre todo de estas nuevas hornadas que van saliendo que son médicos atentos que te prestan tiempo, se acumulan retrasos pero a la gente no le importa si entras y el médico no repara en estar veinte minutos contigo y si además llevas el papel con lo que te ha dado el especialista que no te lo supo explicar bien y él te lo explica con detalle sales encantada, todo es eso.”*

LA SANIDAD EN EL ÁMBITO RURAL

Con respecto a la atención sanitaria en los pueblos, parece que los problemas se agravan. Se valora que los recursos son insuficientes, con el agravante de que cuenta con una población de Tercera Edad más numerosa que el urbano. Ni las infraestructuras se consideran adecuadas, ni el número de médicos, ni el tiempo que se dedica a cada consultorio. Este es el aspecto que más destacan, que los médicos no cumplen con los horarios.

- *“hay muchos pueblos que tienen consulta una vez a la semana, y otros cada quince días y está establecido en (...) por eso es difícil de hacerlo y lo lamentable es que los médicos van y están hora y*

media de trabajo y el resto desplazamiento, no, no desplazamiento, desplazamiento se desplazan de aquí de Salamanca que tenían que llegar a las nueve y llegan a las diez y media, tenían que salir a las tres y salen a la una y media. Ese desplazamiento es por su cuenta pero tenían que estar allí, ese es el tema y la gravedad. Si era muy fácil que un médico visitara tres pueblos, si tiene tiempo de sobra, pero no le es mucho mejor estar una hora en un pueblo y después irse a tomar un café o sus compras o sus cosas y no atender a los pacientes, ese es el problema.”

- *“yo soy de pueblo también, ..., y yo concretamente médico de cabecera de mi pueblo no pasaría consulta en ese consultorio que tiene, no sé si depende del Ayuntamiento, o sea depende directamente del Ayuntamiento o depende del Ministerio de Sanidad y Consumo, pero es tercer mundista, de verdad. Entonces el médico, le admiro, que precisamente yo soy de un pueblo de Segovia pero es de aquí de Salamanca y le admiro que pase consulta aquí.”*
- *“Fíjate si hay diferencias que antes sobre todo los rurales dedicaban veinticuatro horas a la consulta porque a cualquier hora que le llamaras tenía que salir a atender al enfermo y ahora lo que acabo de decir antes tienen hora y media o dos horas como mucho, así que fíjate si han perdido la vocación.”*

3. Análisis de grupos de discusión de padres o futuros padres

INTERVENCIÓN DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN ASPECTOS RELACIONADOS CON LA FAMILIA

A lo largo de los discursos sobre los distintos temas planteados en torno a la maternidad y la paternidad, se hace referencia al papel de las administraciones públicas en general en el apoyo a las familias, en especial a la hora de tener un hijo. Se asocia al hecho de tener un hijo una serie de posibles circunstancias, como los problemas en el ámbito laboral, que supongan un peligro para la seguridad de la familia. Es en ese tipo de casos donde resulta imprescindible el respaldo estatal.

- *“(…) las fuerzas las vas a tener en momentos difíciles, y también está el soporte que te da el Estado. Si te abandona este marido o te regresas a tu trabajo y te das cuenta que ya no te quieren tener, es el que te va a ayudar a continuar viviendo y alimentando a esa cría”*
- *“(…) si se puede (tener hijos) es a costa personal y a costa profesional. Entonces, evidentemente, tiene que haber un apoyo por parte del Estado ¿Por qué? Por que si nos incorporamos los dos a trabajar pasado el permiso, el niño necesita guardería, necesitas dinero, eso está muy claro, que tiene que haber un apoyo, pero el dinero sólo no va hacer cambiar la sociedad, tiene que haber un cambio de mentalidad.”*
- *“Yo creo que la legislación actual ha hecho nacer una figura que es la madre que decide no trabajar, dado lo ya difícil que es para la mujer el acceso laboral, decide no trabajar hasta que no tiene criado a los hijos, por que es un quebradero de cabeza (...)”*

Con respecto a la valoración general que se hace sobre las ayudas a las familias, señalan que se necesitan muchas más ayudas pero se duda sobre la capacidad de las administraciones públicas para afrontar en la actualidad lo que supondría atender todas las necesidades sociales que hay. Para ello se entiende que habría que aumentar las partidas presupuestarias destinadas a aspectos sociales más que tomar medidas concretas que califican como electoralistas.

- *“(…) yo creo que hay profundizar, hay que ver el nivel económico, porque a lo mejor el Estado tampoco podría soportar que tuvieras demasiadas ayudas y generales para todos. Yo creo que hay que combinar.”*
- *“(…) el problema está en que los temas sociales hay muy poco dinero para este tipo de gastos, la base de la sociedad es la educación, y la infancia sobre todo, ¿cómo van a crecer esos niños, y qué van a hacer del país? En esta sociedad, los gobiernos hablan cuando van a ser las elecciones, que sacan un*

tema de subvenciones, de repente, ¿Cuándo? Dos días antes de las elecciones, de repente que van a dar 2500 euros, este tema está en ampliar no solo ayudas económicas, sino en redistribuir esfuerzos pero a temas sociales, de ancianos, de recién nacidos, actividades para los niños, actividades de todos tipos, de educación de todo tipo, es que los servicios sociales son mucha parte de la sociedad, que la sociedad crezca igual que una persona crezca en torno a... tienen que tener ciertos medios, y dejar ciertas cosas como armamento, etc. etc....”

Por un lado se valora que se está avanzando bastante en materia de protección social a la familia, sobretudo en el plano legislativo; pero por otro se ve que todavía está lejos de la que hay en otros países europeos y queda mucho por mejorar.

- *“(...) Los permisos de maternidad son aquí irrisorios, en otro lados yo tengo entendido que son dos años enteros e incluso retribuidos, si no los llevas a una guardería y en ese aspecto, yo creo que tiene mucho mérito tener un hijo, por que realmente son muchas noches sin dormir, son muchos marrones y la ayuda del Estado, aunque yo creo que está mejorando, entiendo que puede mejorar mucho más.”*
- *“(...) yo creo que la administración evoluciona, no sólo tienen por que darte el dinero, sino darte más flexibilidad, como es el caso mío, que es un caso particular, te puedo hablar...El dinero, tampoco en este caso nos hubiera solucionado, es la legislación la que tiene que cambiar (...)”*
- *“Y esta legislatura si que ha sido importante en cuanto a aflorar un poco el tema de aspectos sociales y la gente que antes tenían negreros, pues ahora realmente les ha dado de alta, por que tienen ciertos incentivos (...)”*

Un elemento clave es que el Estado incentive a las empresas para que las condiciones laborales favorezcan a la creación de familias por parte de los trabajadores, si así lo desean. De hecho, remarcan a lo largo de los distintos diálogos la diferencia entre el empleo público y otro tipo de situaciones laborales; siendo el ámbito privado bastante más precario que el primero.

- *“(...) Yo, pido el protocolo de ética familiar responsable, y lo de tener hijos es una gozada, tener hijos en la guardería, la empresa, toma un carácter, además de productivo, tiene un carácter social, que yo digo, incentivar a las empresas, o subvencionarlas, para que, para este tipo de políticas. Porque yo creo, vuelvo a repetir, que el principal factor, digo, económico...”*
- *“(...) En España, evidentemente, todavía nos queda mucho para avanzar, tienen que avanzar, evidentemente, por que sino las familias... Ahora ya se está viendo el problema de reemplazo intergeneracional. Tener un hijo, como mucho te planteas dos, pero desde luego siempre a costa de los padres y con un costo personal, laboral...”*

-
- *“Hay una gran diferencia, sobre todo con este problema, los que trabajamos en una empresa privada a los que son funcionarios, yo creo que, por ejemplo, en el caso de funcionarios este problema de coger la baja o preocuparse de que tiene que incorporarse cuanto antes al trabajo... Estas más despreocupado. Yo, por ejemplo, en mi caso que estoy trabajando de cocinero, si le digo a mi jefe que tengo faltar tanto tiempo, seguramente se plantee, a lo mejor coger a otra persona, o sea, quiero decir, que las leyes tendrían que intentar centrarse en lo que es recompensar al empresario, a la empresa privada para que todos podamos disfrutar de esos permisos.”*

Por último, también se sugiere, como incentivo a la natalidad, facilita el acceso a la vivienda

- *“Puede incentivar y hacer las cosas mucho más fáciles, sobretodo los que se deciden a tenerlos o aquellos que están dubitativos. Con el tema de la vivienda que arrastra a todo el mundo en España, si se facilitara el tema de la vivienda que no fuera tan gravoso, que se lleva casi un sueldo de uno de los cónyuges, pues tendría todo el mundo pues mínimo, a lo mejor, 2 niños o 3 niños.”*

EL APOYO FAMILIAR EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS

La ayuda recibida de otros miembros de la familia constituye para los padres o futuros padres una variable más a tener en cuenta en el proyecto de tener un hijo. No tanto a efectos de apoyo económicos, sino más bien de tiempos, de cuadrar horarios y de tener alguien para recurrir en casos de necesidad. Fundamentalmente se menciona a los abuelos, a los que se considera siempre mejor opción que contratar un cuidador, no tanto por el coste económico sino porque son aquellos son precisamente de la familia. Aunque se reconoce también que están asumiendo en algunos casos el rol que corresponde a los padres.

- *“(...) te tienes que plantear si vas a tener ayuda al tener un hijo o no, si tienes tu pareja o si tienes unos padres para un momento concreto...”*
- *“(...) lo que pesa es el tener alguien... porque claro, lo que te decía antes, como mi situación es muy mala, y me va a quitar mucho tiempo, te cambia la vida, te... no se qué... con esa incentivación, pues nada...”*
- *“En mi caso particular el tiempo, si no fuera por las abuelas, vamos, quiero decir que yo no lo veo, sobre en todo en tiempo. Económicamente, en fin, a veces es costoso pero en el nivel de necesidades que nosotros nos planteamos, puede ser... pero en tiempo... En fin, es muy complicado, es complicadísimo.”*
- *“(...) O sea tu coges una señora para limpiarte la casa y te da igual que te lo haga a tu gusto o no, que es la casa, pero a la hora de cuidar no cojo a nadie para cuidar a un hijo ni por todo el oro del mundo. Los abuelos están volviendo a ser padres por segunda vez (...)”*

-
- *“Yo sí pero no la quiero, o sea quiero decir yo mis suegros no trabajan lo que pasa es que no quiero...el hijo es mío, atarlos a ellos...una cosa es que si está enferma no puedas por lo que sea...y los tengo que dejar, perfecto lo hago o primera opción no va...”*

VALORACIÓN DE AYUDAS Y PRESTACIONES QUE SON O DEBERÍAN SER OFRECIDAS POR LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

El aspecto más mencionado en referencia a medidas concretas es el de la necesidad que hay de guarderías públicas. Se valora como una mejor opción a que se devuelva con posterioridad dinero a las familias que lleven a sus hijos a centro privados.

- *“Es ayudas para guarderías, luego tienes que llevar a tu hijo a la guardería, hacer la solicitud, y te devuelven... vamos a mí me devuelven todo el dinero de mi hijo de la guardería cuando yo trabajé...”*
- *“Yo te hablo de las guarderías municipales, de las guarderías normales, luego tienes ayuda para pagar otra guarderías, la municipal yo no sé el precio que rondarán, a lo mejor 5000, yo he pagado 30000 pesetas porque trabajaba, y luego lo he solicitado y me han...”*
- *“También es verdad que las guarderías públicas, también hay veces que tienen una declaración de la renta que te dejen en una privada, hay gente al final, acceder a una pública, gratuita, es gratuita, no tienes que pagar nada, y te dan ayudas...”*
- *“Yo sigo con el tema de que las guarderías, de que realmente hay problemas para el acceso a las guarderías públicas, que tienen hoy por hoy, un nivel, que pueden hacer más en ese sentido, más que dar dinero...”*
- *“cuando vuelves a tu trabajo muy importante, en tema de guarderías, sería muy importante en los centros de trabajo incluyeran guarderías para poder dejar a tu hijo en los centros de trabajo, casi más importante veo eso que el tema de ayudas económicas. Para mí es muy importante, es mucho más importante, que me den esa posibilidad, dejar a mi hijo donde yo quiera. Ya que en las guarderías públicas es horrible, está como muy limitado. Las privadas sabemos cómo funcionan muchas también y bueno en mi trabajo lo tengo ahí.”*
- *“Sí, porque la ayuda económica al fin y al cabo es que te la ventilas en nada. Si la tienes bien, pero si no la tienes, sigues igual, pero lo que dice ella lo más importante es lo de la guarderías, de las públicas directamente te olvidas, la mayoría de la gente no lo echa porque es imposible. Las privadas*

están por las nubes y tienes que disponer seguramente de tengan plaza, de que tengas que llevar a otra en coche.”

- *“Porque me incorporo a trabajar en enero y es que estoy alucinando, una guardería con una lista de espera de dos años y me estás diciendo que yo antes de pensar en quedarme embarazada ya tenía que haber solicitado la guardería. Es que me parece una cosa alucinante, cómo me puedes decir eso, yo no sé si me voy a quedar embarazada, cuánto tiempo voy a tardar, si estoy pensando en una guardería, cuando las cosas llegan, llegan”*

Otra ayuda a la que se hizo referencia es la de los 2500 euros por hijo nacido o adoptado que se ha establecido este año por Real Decreto. La valoración general es, que si bien se agradece la cuantía económica para solventar los gastos iniciales, no resuelve gran cosa.

- *“2500 euros, es dinero. No da para mucho, pero si no los tienes...”*
- *“como quieras mantenerlo toda la vida con 2500€, no... pero el primer momento, que es de agobios... Lo que no ayuda es que no te den nada, eso está claro.”*

Se hace hincapié en que se trata de una medida más bien electoralista que pensada para las necesidades de las familias. No están de acuerdo con que se haya hecho efectiva desde julio en lugar de tener un carácter retroactivo a todos los niños nacidos o adoptados a lo largo del año y se valoran como más efectivas las ayudas económicas mensuales.

- *“(...) En esta sociedad, los gobiernos hablan cuando van a ser las elecciones, que sacan un tema de subvenciones, de repente, ¿Cuándo? Dos días antes de las elecciones, de repente que van a dar 2500 euros, este tema está en ampliar no solo ayudas económicas, sino en redistribuir esfuerzos pero a temas sociales (...)”*
- (con respecto a los 2500 euros) *“Pues eso es una falacia, eso es una historia política que sacaron...Me parece absurdo, no por que me ha tocado a mi por un mes, que no la he cogido...Es un absurdo que ayudas, por ejemplo, de este tipo sean arbitrarias, a partir del 31 de 2007, o partir del 1 de enero...”*
- *“(...) tengo la suerte de que voy a cobrar los 2500 euros, a mi me vienen muy bien, pero entiendo que es una tontería que no tienen ni pies ni cabeza la ley y que...”*
- *“Aunque yo la hubiera cobrado yo seguiría diciendo que es arbitrario.”*

-
- *“Es una medida electoral, pero en plena guerra. Es que como algún Ayuntamiento que daba cerdos o otros que daba terrenos comunales, todavía me parece como con más peso lo de los cerdos, en un pueblo de Badajoz o un pueblo de Asturias que daban casas o unos terrenos comunales, eso me parece todavía con mas peso , por que es para todos, todos. Pero no eso de decir a partir de julio y la gente que ha quedado antes ¿Qué? Es un absurdo.”*
 - *“(…) Por ejemplo, en otros países casi con lo que...Tenemos compañeras que casi con lo que dan por hijo nacido al mes que son 400 euros...Pues, eso si son ayudas efectivas, mensuales, estoy hablando, no como la de la Junta de Castilla y león. Eso sin ayudas efectivas que puedes plantearte en una familia, con pareja o sin pareja. Pero el resto son todo pamplinas y papel mojado.”*
 - *“(…) pero dice mi compañero que llena mucho decir ¡jala! casi medio millón de pesetas, pero no es nada, si te dijeran, 300 de por vida hasta los 18 años eso sí, eso si es lo que hace que te plant...”*

Una vez valoradas en general las ayudas, se planteó la cuestión de sí deberían ser las mismas para todas las familias, para favorecer en general la natalidad, o más bien tendrían que destinarse sólo a aquellas con mayores dificultades económicas. Se piensa que depende de la ayuda que sea, si son a largo plazo, deberían ser para todos, si se trata de más puntuales, se deben tener en cuenta los niveles adquisitivos. Aunque, en esta cuestión se valora que no se tiene en cuenta a familias de clase media que, aún trabajando los dos, se encuentran con dificultades por el pago de hipotecas.

- *“Yo creo que en realidad debería haber de los dos tipos. Una, el que no se lo nieguen a nadie, porque al fin y al cabo todo el mundo tiene derecho a tener una ayuda por tener un niño, lo que sea, y hay otras que son más, son más, digamos, sería una medida puntual lo de 2500€, otro tipo de ayudas para madres trabajadoras, lo de los 100 euros mensuales, o ya lo de las guarderías, otro tipo de temas más puntuales (...)”*
- *“(…) a nivel económico parece que alguien que está en esos términos medios, que se está asfixiado por una hipoteca o por lo que sea y están trabajando las dos personas, en el baremo de ingresos por número de personas en la unidad familiar, el porcentaje de lo que te pueda corresponder a nivel de ayudas de alimentación infantil, que puede tener el ayuntamiento, a nivel de ayudas de becas de guarderías, de becas de comedor escolar, en su caso. Es que, realmente, hay un bloque de gente del medio, que no, vamos, que para nada. Son ayudas para gentes pues, efectivamente, considerada en riesgo de exclusión, pero también con las circunstancias que hacen que, bueno, que para el común, así general tampoco sea ayuda, son ayudas para situaciones...”*

Una ayuda con la que no parecen de acuerdo es la que se ofrece a madres trabajadoras. Las que optan por dedicarse al cuidado de los hijos en lugar de trabajar ven su capacidad adquisitiva muy reducida y sienten que de alguna forma se encuentran en peor situación que las primeras.

- *“Es como los 100 euros, yo no estoy de acuerdo en que sean madre trabajadora, vamos, que te quedas en casa, ¿estás mejor económicamente? No, estás fatal... Hombre, yo me quedo en casa no por ganas, sino por cuidar de mi hijo, o sea que dices, “jolín, pues a mí esos 100 euros me vienen de perlas”, cosa que si trabajara a mí no me harían tanta falta.”*
- *“Claro, no están bien dadas. Ayudas a la mujer trabajadora (...) es que seguimos potenciando que al que tiene más le damos más dinero y al que tienen menos le quitamos lo poco que tiene.”*
- *“Es que es absurdo. En nuestro caso se está beneficiando la madre de mi hijo, pero es ridículo. O sea, que tienes que dárselas a la madre que dice “yo me quedo en mi casa, voy a criar un hijo y a lo mejor voy a tener dos o tres” que es lo que necesita este país, pues se lo damos a la que se ponen a trabajar. Yo te digo, en este caso somos perceptores, pero no debería ser así.”*

Por último, un tema relacionado con las ayudas es el de constatar si se apreciaban diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas en cuanto a prestaciones a la familia. Se fijaron sobretudo en las vacunas y en el hecho de suponen un importante desembolso como para que en unas regiones se financien y en otras no. Se percibe en general una sensación de desigualdad en este sentido.

- *“Yo creo, que la España de las autonomías, también, está ayudando mucho a ser un poco sangrante la situación, por que si te ponen la (...) aquí te cobran 70 euros que es un dineral, te vas Madrid y cierta vacunas son gratuitas, y eso ¿Por qué? Parece que vivimos en un país distinto. La diferencia entre comunidades autónomas es tremenda (...)”*
- *“Claro, en el tema económico, lo que tiene es que, bueno, el coste de las cosas en un sitio o en otro es distinto pero, claro, las ayudas en ese nivel es... Pero el tema de las vacunas es una pasada, es un tema que yo no sé como con tanto que se ha...en fin... El tema de igualdad de oportunidades de todos los españoles en eses sentido es una cuestión ridícula y farragosa (...)”*
- *“Las vacunas aquí hay que pagarlas, la del neumococo, la de la varicela y todas...Vamos superan los 70 euros. Claro y por ejemplo neumococo hay que ponerle cuatro, vamos que no te cuento más por que te aburro, pero por ejemplo en Madrid son gratuitas.”*

LOS ASPECTOS ECONÓMICOS VINCULADOS A LA DECISIÓN DE TENER UN HIJO

Una familia o pareja que se plantea tener o adoptar un hijo se enfrenta, entre otras muchas cosas, a una serie de gastos que con toda seguridad van a afectar la economía del núcleo familiar. En general ven complicado afrontar la decisión si no hay un sueldo alto por parte de alguno de los padres o si no entran dos salarios en el

hogar. Además, se cambian las prioridades y los participantes de los grupos de discusión han percibido la importancia de hacerse consciente de ello.

- *“Porque lo inviertes en ti, cuando no tienes hijos lo inviertes en ti, en salir de vacaciones, tienes un nivel de vida bueno, cuando no tienes hijos, y luego en recortar...”*
- *“Si no tuviéramos la hipoteca, en general, todos tendríamos un yate, 5 pisos, una finca... y no trabajaría ni Dios, o sea, tú tienes que trabajar para vivir. Que cuando tú tienes un niño tienes que destinar más dinero al gasto del niño, totalmente de acuerdo, y que evidentemente el dinero... ganas X, y de esas X si me puedo ahorrar de vacaciones, pues te lo gastas en leche, en pañales y en ciertas cosas, pero el niño no te obliga a trabajar, tú trabajas porque necesitas para vivir. Que de acuerdo que quieres tener un nivel de vida y tal...”*
- *“sobre todo el tema que veo es el económico, que puede ser el más difícil y luego ya con cosas de estas, ya lo que es el tiempo dedicado y todo eso, espero que se pueda ir mejor, pero sobretodo el tema económico, por que un hijo requiere unas necesidades y bueno, pues hay que tener en cuenta que aunque se tengan dos sueldos, bueno que es imprescindibles tenerlos, entonces hay que...”*
- *“ (...) está ahí después de la bobada que tengamos los padres de yo estreno, yo hago yo esto, mi hijo tal mi hijo no tal, te vas poniendo tu nivel. Yo salgo 3 veces de vacaciones al año, cada uno se ponen sus niveles, sus exigencias y sus necesidades, por que tampoco olvidamos que nuestros abuelos, de los que parieron 12 veces, la mía, y salen todos adelante y no había tantas bobadas como hay hoy”*

Una de las ideas planteadas como diálogo ha sido el hecho de que, la sociedad española se encuentra en unos niveles de consumo y de necesidades creadas que obligan o condicionan un desembolso mucho mayor de lo que en realidad sería realmente imprescindible. No basta con cubrir las necesidades del niño, sino que tiene que ser lo mejor.

- *“Yo he visto a compañeros míos de mi edad, que no querían tener hijos porque no podían darle una carrera universitaria... “¡por favor!” es que primero, ya presupones que quiere estudiar, y segundo que no digas que no vas a poder darle estudios si tú estás saliendo a cenar por ahí... Que a lo mejor estamos siendo cada vez más... “es que quiero darle un máster en Estados Unidos”, y a lo mejor el niño no quiere ir a Estados Unidos. Yo creo que estamos exagerando un poquito”.*
- *“(...) En determinadas cosas, en ropa se puede de tirar de otra gente, de conocidos. Ahí realmente es un lujo o hay una sensación de que bueno le tienes que coger todo, comprar todos los complementos, que lleva una de complementos que alucinas, son más los complementos que el niño, a veces, que el niño en cuanto a volumen y realmente... Pero, sí que el coste, tanto de pañales, de ropa, de alimentación especial y del tema de educación, pues es grande, claro.”*

- *“(...) por que el nivel de vida sube y también nos lo planteamos nosotros como mucho mas alto, queremos tener dos coches, dos casas, las vacaciones, los niños y no se puede y sí se puede es a costa personal y a costa profesional (...)”*

REFERENCIAS AL DISFRUTE DE LA EXCEDENCIA

Se ha valorado, en cuanto a la decisión de disfrutar o no de un tiempo de excedencia que depende mucho de tener una muy buena situación económica, como para podérselo permitir. A lo que se añade, la necesidad de contar con un puesto de trabajo lo suficientemente estable como para no peligrar en caso de optar por un tiempo de excedencia.

- *“Creo que en España hay una serie de derechos que son inefectivos, o sea, tú, por ejemplo, un derecho a excedencia, que esta remunerado por la Junta de Castilla y León, a fin de periodo, que te pagan un millón, muy bien, pero es un derecho inefectivo la excedencia, por que ¿Como se puede pagar una hipoteca dada la coyuntura económica que existe ahora mismo? No puedes hacer efectivo ese derecho y es que es muy triste, entonces que me planteo yo ¿Quiero más tiempo o más dinero? Es que si tengo una hipoteca ya no me puedo plantear esa cuestión, que es mi caso, vamos, me la puedo plantear antes, me compro una casa más pequeña, pago menos letra pero...No sé, vamos, es mi idea, que la excedencia es muy bonito, pero para mi es un derecho inalcanzable.”*
- *“Y luego, la reserva del puesto de trabajo está muy condicionadas a... No sé. Yo, me parece muy bonito, pero no las veo, tendrían que enfocarse de otra manera dada la situación económica actual del 90%, yo creo, que de las familias españolas, creo yo, no sé, vamos.”*

Una cuestión que se plantea sobre este tema, en concreto por parte de algunas de las mujeres participantes, es que existe el riesgo de que si es el hombre el que coge la excedencia, se dedica más al descanso personal que al cuidado del hijo y a las labores de casa. Esto supone para la madre, llegar de trabajar y dedicarse a hacer todo el trabajo del hogar del que no se ha ocupado el marido.

- *“Si te coges la excedencia por maternidad es para hacer lo que yo haría en casa, ahora si yo tengo que llegar... yo sería de las que pediría que si él se coge la excedencia, yo para vivir cuando vive él cuando trabaja, para llegar a casa y...”*
- *“Claro, es que hay muchas cosas aparte de dar al niño de comer, hay muchas cosas, sigue la vida pero se incorpora el niño, y ahí no sirve llega el otro de trabajar, “Mira, es que no me ha dado tiempo a hacer la comida, come lo que te de la gana”. Yo si pido que la persona que se quede, se quede con todas las consecuencias, con las mismas que te quedas tú. “*

FINANCIACIÓN DE LAS AYUDAS DESTINADAS A LA FAMILIA

Una de las cuestiones planteadas a los diferentes grupos era cómo creían que debería plantearse el gobierno la financiación de las ayudas destinadas a la protección de la familia. En este sentido parecen partidarios de dos medidas. Por una parte parece existir un cierto consenso en torno a la necesidad de que se redistribuyan los presupuestos a favor de los gastos sociales

- *“Yo lo que creo es que habría que distribuir mejor los presupuestos, ya no a donde vas, a qué partidas vas, a investigación, a educación, a tal, a tal, el problema está en que los temas sociales hay muy poco dinero para este tipo de gastos, la base de la sociedad es la educación, y la infancia sobre todo, ¿cómo van a crecer esos niños, y qué van a hacer del país? En esta sociedad, los gobiernos hablan cuando van a ser las elecciones, que sacan un tema de subvenciones, de repente, ¿Cuándo? Dos días antes de las elecciones, de repente que van a dar 2500 euros, este tema está en ampliar no solo ayudas económicas, sino en redistribuir esfuerzos pero a temas sociales, de ancianos, de recién nacidos, actividades para los niños, actividades de todos tipos, de educación de todo tipo, es que los servicios sociales son mucha parte de la sociedad, que la sociedad crezca igual que una persona crezca en torno a... tienen que tener ciertos medios, y dejar ciertas cosas como armamento, etc. etc. en detrimento de...”*

Por otra, se compara la situación con otros países, fundamentalmente del norte de Europa, y se veía como una posibilidad incrementar los impuestos o que se reduzcan sólo para aquellas personas que realmente están en una situación económica más precaria.

- *“Si queremos tener más servicios tenemos que pagar más impuestos. Ahí sí que es verdad que...Por que a los belgas le daban 300 a lo mejor ya le dan más, por que de esto hace 5 ó 6 años, pero los impuestos son más altos que los nuestros, claro, que cobran mucho más. Además cobran por sistemas de semana, no como aquí, al mes. Tienen otra historia, pero los impuestos son casi más del doble que los nuestros.”*
- *“Yo creo que tiene que ser un tema de impuestos, además, realmente progresivos, no proporcionales. Es decir, que realmente parece que lo de la bajada de impuestos generales es un cosa muy electoral, pero hay gente que por ingresos tienen que pagar más y se adoptan medidas muy populares y se han adoptado en el tema del IRPF, por ejemplo, que, realmente, lo que se ha podido demostrar después es que, realmente, a quien también disponía de mucho pues le ha liberado y no se trata de que nos liberen a todos por igual, se trata de que a quien más tiene, para que eso sea redistributivo y progresivo, pague más y los demás, desde luego, que también en distinta proporción, pero siempre teniendo en cuenta eso (...)”*

-
- *“La filosofía del impuesto es que por mucho que pagues no tiene por que llegarte el resultado de tu aportación. Entonces si tenemos algo tenemos que pagar por ello, nos guste o no, y que eso pasa por que nuestro nivel adquisitivo va a crecer, desde luego, entonces creo que también tiene que ir acompañado los crecimientos salariales con incrementos de impuestos y en eso a lo mejor España va ir mas retrasada, pero hay que pagar más, aunque sea injusto para algunas personas...”*

ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE AYUDAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

En este tema hay un cierto desconocimiento de dónde o cómo informarse, parece que lo que mejor funciona es el boca a boca. Se conocen sobretodo las ayudas económicas, más que determinados servicios. Los participantes que tenían más claro como informarse, son los que están profesionalmente vinculados al ámbito social,

- *“Yo creo que lo que más se publicita, es lo que más se conoce, las digamos que son económicas, así, de dinero”*
- *“Este tipo de ayudas como el que comenta ella no se les da esa publicidad, y hay ese desconocimiento, porque claro, siempre la ayuda directa es lo que más te entra por los ojos.”*
- *“Pues eso está muy mal, a mí la vida me ha dado mis compañeras que han tenido hijos antes y me ha dicho haz este papel, vete aquí, vete allí, recoge este papel, pero si no, no te informan...”*
- *“Pero puedes acudir, yo hablo desde mi trabajo, acudes a cualquier sindicato, a la Junta de Castilla y León, acudes al ayuntamiento, mismamente, y ahí más o menos te informan de donde tienes que acudir, a la seguridad social, te informan de todo. Tú ahora mismo vas a Comisiones o a UGT a cualquier sitio y te informan de todas las ayudas y luego de las que tú puedas o no puedas solicitar.”*
- *“En Internet mismamente no hace falta que vayas a..., en Internet te metes en la página en la seguridad social o mismamente en comisiones obreras en la que sea y ahí tienes toda la información, ahí esta todo”*

VISIÓN SOBRE LA MATERNIDAD EN ESPAÑA

Se hace hincapié en la dificultad de compaginar vida laboral y familiar para la mujer; mientras la actividad del hombre queda relegada al ámbito puramente laboral, la mujer sigue debatiéndose entre la labor doméstica y el trabajo. Se considera paralizada la “propia realización” personal en el momento de la llegada de los hijos, así como se destaca el diferente sentimiento de culpa a la hora de afrontar el cuidado de los hijos entre padres y

madres. La mujer se sigue considerando la responsable final del cuidado de los hijos con todo lo que eso conlleva a la hora del desarrollo personal:

- *“la mayor dificultad o el mayor temor que yo tengo es el tema de mi propia realización, temas de, cuánto tiempo voy a tener que estar yo... realmente, como decimos a la hora, mi compañero va a ser tan solidario como pregona él, o a última hora va a ser... “Yo no tengo tiempo, y vos sos la mama”, es decir, la confianza está, el cariño está, pero yo lo veo... cuando el niño, realmente la responsabilidad básica se decanta en la madre. Entonces, yo creo que fue ...i la que comentaba del sentimiento de culpa, por ejemplo cuando se está trabajando, “ay, yo estoy aquí trabajando mientras mi niño”... yo me pregunto, ese sentimiento realmente solo lo sentiremos nosotras, ¿lo sentirán ellos igual? El hombre cuando está trabajando siente “caramba, yo estoy aquí haciendo esta auditoria y el niño, ¿necesitará pañales?”, o sea, esta diferencia de la paternidad es a lo que yo le tengo temor...”*
- *“Partiendo de que los dos dedicaran el mismo tiempo al trabajo, al fin y al cabo la madre luego en casa está con más tareas, o sea que...”*
- *“La madre lo que pasa... es que ella tiene ese punto para dedicarse, pero la madre lo dedica aunque tenga que poner las lentejas, lo otro, lo otro, y dice, “bueno, pues dejo la plancha y me pongo a jugar contigo”, pero la plancha está ahí, y el padre se pone pero no piensa que la plancha está ahí...”*
- *“Mi marido hace de todo, menos planchar de todo, pero tienes que estar tú pendiente de la necesidad de... porque él te dirá, si, si, lo hago, pero tú tienes que estar pendiente.*
- *“El tema de trabajo, volvemos a... lo que yo decía de la ayuda social. De niño, yo creo que, hasta el primer año, están constantemente con el niño, tiene mucha más dependencia, la madre todo el día con ella. Llevan un año en guardería, la voy a buscar yo, a ves, te vas con ella, no hay ningún problema. Necesitan para el catarro, gripes y demás... porque eso es... Yo creo que lo más importante, por ejemplo, este factor en el que tenemos todos problemas, lo que hablaba ella, que vas a trabajar, sales más tarde de trabajar... no, tu trabajo te va a permitir ir con el niño a la guardería, recoger al niño, estar por la noche...”*

Se relatan diferencias entre padres y madres a la hora de afrontar la llegada del nuevo hijo. Se denota una sensación de “abandono” por parte del hombre, la idea de que la madre está más cerca del hijo, le protege... mientras el hombre lo afronta desde una mayor lejanía:

- *“El abandono del marido, hay veces que el abandono es muy sutil... que...”*
- *“Que no tiene por qué ser un abandono adrede, que cada uno es como es, que nosotros a lo mejor somos demasiado protectoras y... que no tiene por qué ser mejor o peor.”*

Ante el abandono de su puesto de trabajo por parte de muchas mujeres en el momento de tener un hijo destaca la intención de retornar al ámbito laboral una vez el hijo cumpla una determinada edad. Cuando se considera que el niño es más independiente, se cree posible la opción de vuelta a la actividad remunerada:

- *“Pero cuando el niño es pequeño piensas que sí, piensas que sí. Una vez que el niño, ya va al cole, 10, 12 años, yo creo que ahí ya la mujer, o incluso alguno más, porque... ya ahí la mujer se lanza otra vez a trabajar.”*
- *El tema de trabajo, volvemos a... lo que yo decía de la ayuda social. De niño, yo creo que, hasta el primer año, están constantemente con el niño, tiene mucha más dependencia, la madre todo el día con ella. Llevan un año en guardería, la voy a buscar yo, a ves, te vas con ella, no hay ningún problema. Necesitan para el catarro, gripes y demás... porque eso es... Yo creo que lo más importante, por ejemplo, este factor en el que tenemos todos problemas, lo que hablaba ella, que vas a trabajar, sales más tarde de trabajar... no, tu trabajo te va a permitir ir con el niño a la guardería, recoger al niño, estar por la noche...*

También se destaca como otra alternativa la de aquellas mujeres que frente la disyuntiva de trabajar o renunciar a ello y quedarse en casa, desean reincorporarse al ámbito laboral.

- *“Tengo amigos, que bueno, por circunstancias, yo lo que me refiero es que no todas las mujeres, yo conozco mujeres en concreto que han tenido el niño, que han cogido excedencias porque han podido, y luego van a trabajar, porque quieren trabajar, porque quieren tener otra vida, además del hijo.”*
- *“Si, yo volví de la excedencia, como loca, yo quería trabajar, quería salir de casa...”*
- *“También, la cosa es distinta por que el hueco que le haces al niño... Bueno había una persona en la casa que asumía...En esos tiempos se asumía que para casa...Pero esa persona muy lógicamente quiere realizarse en otras cosas, realizarse profesionalmente, por que es lógico y no sacrificar su vida por un ser al que quiere muchísimo pero que llega un punto de la vida que dice “hasta luego” y ahí te has quedado cuidando el hijo y te vuelcas hacia tu vida y dices, bueno ¿Que hecho en mi vida, en que me he realizado a parte de mi hijo? Entonces, claro, es muy loable que...”*
- *“Porque hay una economía estable, y no es necesario que trabaje, ¿tú crees que la mujer trabajaría?
- Yo creo que sí, yo si trabajaría.”*

Es primordial el tema económico como elemento de permanencia en un puesto de trabajo o no. Cuando la situación monetaria de un núcleo familiar es más precaria el hecho de trabajar es casi obligatorio para la mujer, situación que cambiaría si la economía familiar fuera otra. Es destacable el que se defienda la idea de no

trabajar para mejorar la formación y ascender laboralmente en un futuro, no para el cuidado exclusivo de la familia:

- *“Yo es que mi marido, si ganase suficiente, pues a lo mejor yo no trabajaría, me dedicaría a hacer punto, a... para dedicarme a... Y podría trabajar mejor, pero trabajar...”*
- *“Me dedicaría a formarme... si mi marido ganara suficiente.”*
- *“Es que no es lo mismo un trabajo que te realiza, un trabajo...”*
- *“Pero si tu marido tiene suficiente dinero para mantenerte en casa, yo lucharía por formarme para tener un buen trabajo. Me quedaría en casa para formarme y el día de mañana cuando ese día crezca, o cuando fuera, pues me dedicaría pues eso, a formarme para tener un buen trabajo. Ahora si mi marido no gana suficiente, cambia la casa, pero si ganase suficiente me quedaría no solo para cuidar la familia, sino para formarme y tener un buen trabajo. Yo ahora lo pienso, yo si me quedaría en casa, mucho pensaría en formarme para tener un mejor trabajo, que no me puedo quedar porque lo necesito, pues tendré que ir a limpiar los portales, pero si mi marido pudiera, pues, me quedo en casa, pero no me quedaría solo haciendo la limpieza.”*
- *“Y que tengas una pareja y que gana medio kilo al mes, entonces si, me quedo en mi casa...”*
- *“Yo es que mi marido, si ganase suficiente, pues a lo mejor yo no trabajaría, me dedicaría a hacer punto, a... para dedicarme a... Y podría trabajar mejor, pero trabajar...”*

La legislación actual es criticada duramente, se considera que no se establecen mecanismos claros de ayuda a la mujer y a la maternidad. Parece que se defienden elementos distintos: por un lado la conciliación de vida laboral y familiar y, por otro, la protección. Se resaltan las enormes diferencias entre las leyes propias y las de **otros países** de nuestro entorno en los que las ayudas económicas permiten distintas actuaciones (seguir trabajando, pedir excedencias extensas...) a la hora de afrontar la llegada de hijos. Ayudas fundamentalmente de pagos mensuales continuados, no puntuales:

- *“Y en cuanto a las políticas de igualdad de oportunidades, de incorporar a la mujer al mercado laboral, pero no hay legislación que apoye el hecho de la maternidad, que la lleva la mujer pues por que es mujer, es que es un poco absurdo. Vamos por derroteros diferentes, por un lado quieren que se incorporen al mercado de trabajo, por otro lado, las medidas sociales de protección, pues en el tema de apoyo a madres, tampoco son efectivas. Por ejemplo, en otros países casi con lo que...Tenemos compañeras que casi con lo que dan por hijo nacido al mes que son 400 euros...Pues, eso si son ayudas efectivas, mensuales, estoy hablando, no como la de la Junta de Castilla y León. Eso sin ayudas*

efectivas que puedes plantearte en una familia, con pareja o sin pareja. Pero el resto son todo pamplinas y papel mojado.”

- *“Yo de la Unión Europea, estamos de los países que menos natalidad tiene, pero con diferencia, yo leí una vez lo que daban en Finlandia por tener un niño, y dices... “vamos”, es una salvajada, pero ya, cosas impensables...”*
- *“Debía ser mucho más fácil y sobretodo, por comparativa con otros países del norte de Europa. Los permisos de maternidad son aquí irrisorios, en otro lados yo tengo entendido que son dos años enteros e incluso retribuidos, si no los llevas a una guardería y en ese aspecto, yo creo que tiene mucho mérito tener un hijo, por que realmente son muchas noches sin dormir, son muchos marrones y la ayuda del Estado, aunque yo creo que está mejorando, entiendo que puede mejorar mucho más”*
- *“Países de los más nórdicos, Finlandia, Islandia, son los que tienen un Estado de bienestar más amplio, con más protección en cuanto este tema, un año, dos años, que se está cobrando. En España, evidentemente, todavía nos queda mucho para avanzar, tienen que avanzar, evidentemente, por que sino las familias... Ahora ya se está viendo el problema de reemplazo intergeneracional. Tener un hijo, como mucho te planteas dos, pero desde luego siempre a costa de los padres y con un costo personal, laboral...”*
- *“En los países nórdicos no se plantean, como aquí, todavía las empresas “No quiero mujeres por que tienen bajas de maternidad” Tiene que haber un cambio, un cambio, es decir, si tengo mujeres al igual que hombres, ambos pueden llegar a coger el permiso de maternidad, ambos pueden fallar y para eso esta el Estado para que costee todas esas bajas que se cogen, pero también para que se planteen un poco lo que es la...”*

Aunque se reconocen los diferentes modelos económicos entre los países del Norte de Europa y España:

- *“Ya no es eso, es diferente en todos los sentidos, no tiene nada que ver. Estamos diferentes en todos los sentidos. Allí un trabajador cobra el doble que nosotros.”*
- *“Pero casi la mitad son impuestos, aquí pagas muchísimo menos, tú te vas a Suecia tienen un estado de bienestar increíble, pero de los 25, 30, 40, 50 mil al año, mínimo 25 se te van en impuestos. No tienes tal vez ninguna alternativa de no pagar porque lo vas utilizar en otra cosa. Pero aquí tenemos muchísimos beneficios fiscales que no se dan en Suecia y que no se dan en ninguno de los países nórdicos. Aquí en España tenemos muchísimas alternativas para no pagar entre comillas...”*

Respecto a las diferencias con otros países también es destacable la idea que sobre la inmigración se tiene. Son estas familias las que reactivan la natalidad ya las que las ayudas concedidas por el Estado (consideradas muy

escasas por la población española), sí suponen un importante incentivo para estas familias, cuyas condiciones de vida y expectativas son muy diferentes a las de la población de acogida:

- *“Pero, quizás, quien potencie tener hijos puede ser sobre todo las familias inmigrantes que tenemos aquí, pues de Latinoamérica o países del este, por que con ese dinero, egoístamente pensando, pueden amparar a su familia allí, realmente. Pero una familia europea no tiene un hijo mas por 2500 euros, tú pon que cada caja leche son 24 euros, que tienes para una semana y con 2500 no tienes...Me refiero que a estas otras familias si que les pueden ayudar muchísimo, en Madrid viven 5 familias que son latinoamericanas en un piso, les supone ayuda y, evidentemente, tienen sus derechos, si están con residencia aquí, pero familias de aquí de España y europeas lo veo...Vamos...”*

Es importante el cambio que se denota en la sociedad española actual. Se considera que la mujer decide a la hora de formar una familia, ya no es algo impuesto ni convencional:

- *“Claro es el factor cultural, la sociedad ha cambiado y la mujer tiene hijos si quieres y si no, no los tiene.”*
- *“Hoy en día, la mujer no se plantea el hecho biológico de... Ella ya en la facultad, de tener hijos, no lo va a tener que tener para nadie, eso es algo que lo decide por que ella quiere, va a tenerlos y si no, no. Yo hablo de los casos de la gente que conozco y compañeras o amigas que puedo tener. O sea hay mujeres que aunque pudiera tener hijos, no los tienen por que no les gustan o no quieren o nos los encuentran en le hueco de vida que ellas tienen, en la facultad, en la Universidad, profesoras, sus clases, tal y no encontrado hueco para tener hijos pues por que no, por que no podrían a atender ni con ayudas y no es una cuestión de dinero, por que en su vida no tienen ya hueco, eso era impensable totalmente. Yo pienso que lo que pasa es que la sociedad ha evolucionado y con ella todos y la mujer hoy en día, lo del hecho de tener poder o no poder tener hijos es algo totalmente opcional”*

Esta mayor independencia de la mujer hace pensar que las ayudas del Estado a las madres, a la maternidad... no sean muy eficaces. Se reivindica que estas ayudas se enfoquen a las mujeres solas ya que de acuerdo con el estilo de vida actual muchas mujeres querrían ser madres sin necesidad de pareja pero este sector no puede subsistir económicamente si no es en la mayoría de los casos con ayudas estatales, no muy frecuentes:

- *“La mujer de ahora pues tienen inquietudes y quiere desarrollarse y hacer... Por que mucho que lo incentivos quizás no logres nada, no sé, puede ser. Por que realmente la cultura de la mujer española ahora es distinta totalmente a la de hace 30 o 40 años, que podría ayudar a que se animara más, quizás, pero no sé si lograría cambiar totalmente, por que hay un factor cultural que ya influye bastante, pienso yo, no sé.”*
- *“Por eso las políticas puede poner mucho de su parte, el Estado, pero no sé hasta que punto...”*

-
- *“Es que si le dices a la mujer “si tienes hijos te vamos a dar tanto” No creo que las mujeres cambiaran...”*
 - *“Para mi una cosa clave para incentivar que las mujeres tengan más hijos, yo creo que, sobretodo, sería incentivar a las mujeres solteras, que no sea necesario tener un padre, una madre y no tener que crear una familia ¿Sabes? Yo creo que muchas mujeres simplemente por el hecho de ser mujeres, yo creo que biológicamente sienten muchas veces necesidades de tener un hijo, pero si no han encontrado esa pareja, no han encontrado la persona para tener hijos, pues como que no se atreven o ni siquiera se lo piensan o la gente todavía lo ve raro una mujer soltera con un hijo, yo creo que incentivar a esas mujeres muchas se animarían a tener hijos sin maridos ni novios.”*
 - *“Con pareja es complicado, pero tenerlo solas eso es una locura, y si viven en una provincia diferente a la que tienen familia es... Yo un caso que conozco, la vida les da que son funcionarios sino es inviable si no se irían a los Servicios Sociales.”*
 - *“Por eso pienso que mas que incentivos, totalmente, mas dinero a ellas precisamente, tu dales dinero y se acabó, dales dinero para que puedan tener una canguero...”*
 - *“Es que más flexibilidad con el tema laboral, por que tienen una situación mucho más delicada, por que es una sola persona que tiene que ocuparse.”*
 - *“Las familias monoparentales, eso hay que solucionarse, pero ya.”*

Se diferencia entre sector público y sector privado a la hora de afrontar la maternidad. Mientras no se perciben trabas en la Administración, sí que se cuestiona el papel de la empresa privada con tácticas como el “mobbing”:

- *“Si, si hay ciertos prejuicios, aunque yo creo que eso si está cambiando un poco. Pero si que puede ser también un lastre para la mujer. La mujer tiene problemas de inserción, tiene problemas de techo de cristal en las empresas. Realmente, la igualdad de intentar de que las mujeres sean ejecutivas a veces son absurdas, por que es someter a presión el tema de listas y esto no se si tiene algún sentido. Creo que es un tema difícil y que la mujer tiene un problema por que, también, por cultura, muchos empresarios en cuanto sospechan algo empiezan a poner trabas, el moobing está a la orden del día y...”*
- *“creo que la mujer en el sector público tienen las mismas ventajas o desventajas que un hombre, igual ahí no creo que hay discriminación ni se beneficia uno más que otro. Cuando vamos al sector privado es donde encontramos esos techos y esas...Dificultades que tiene la mujer, para mi es clave. O*

sea que sobre todo hay que centrarse más en la mujer pero en el sector privado, en el sector público creo que viven ya bastante bien.”

- *“Hay una gran diferencia, sobre todo con este problema, los que trabajamos en una empresa privada a los que son funcionarios, yo creo que, por ejemplo, en el caso de funcionarios este problema de coger la baja o preocuparse de que tiene que incorporarse cuanto antes al trabajo... Estas más despreocupado. Yo, por ejemplo, en mi caso que estoy trabajando de cocinero, si le digo a mi jefe que tengo faltar tanto tiempo, seguramente se plantee, a lo mejor coger a otra persona, o sea, quiero decir, que las leyes tendrían que intentar centrarse en lo que es recompensar al empresario, a la empresa privada para que todos podamos disfrutar de esos permisos.”*
- *“del tema del permiso, el compartir el permiso de maternidad, pues de todos modos lo que al parecer la dificultad grande en este sentido es, también, es la diferencia que pueda haber entre lo público y lo privado a la hora de que un empresa privada, por ejemplo el plantearte o plantear en la empresa el compartir, que vas a compartir la maternidad... Por que, directamente, es algo que directamente no te van...En fin, tienes como un derecho, pero luego, la empresa tienen sus propios medios para...Pues para cortarte el tema o castigártelo de algún modo si se ejerce y eso pasa y a veces incluso en el tema público, en determinados sitios, donde el cacique de turno pues se cree que aquello es suyo y de algún modo pues también ejerce esa coacción.”*

EL PERMISO POR MATERNIDAD Y POR PATERNIDAD

Se pide igualdad a la hora de acceder a los permisos, que por ley sea equiparable entre hombres y mujeres, que no haya privilegios para unos ni otros aunque se reconoce que las mejoras para la mujer vienen motivadas por la intención de evitar la discriminación que se produce en el ámbito laboral. Aunque por ley se concedan un tipo de permisos por maternidad y paternidad establecidos, la realidad parece ser otra. Se ven limitados los derechos de los individuos por las exigencias del mercado laboral:

- *“No quiero mujeres por que tienen bajas de maternidad” Tiene que haber un cambio, un cambio, es decir, si tengo mujeres al igual que hombres, ambos pueden llegar a coger el permiso de maternidad, ambos pueden fallar y para eso esta el Estado para que costee todas esas bajas que se cogen, pero también para que se planteen un poco lo que es la... Hoy dan 40 semanas, de esas 40 semanas, 6 semanas por ley es la madre, eso es injusto. Yo le he visto en mi propias carnes, mi compañera es tetrapléjica, está en sillas de ruedas, yo no podré coger esas 6 semanas, y es que ¿Por qué la tiene que coger la madre? Yo, evidentemente, como profesional de los Servicios Sociales, se que están ahí para evitar los abusos, los abusos por parte de patronales y abusos (...) promovidas por mujeres, son suyas pero no sé por que han acotado eso, tendrían que haber sido mucho más para los estados actuales de familia”*

-
- *“lo primero que me ha dicho cuando se lo planteo a mi jefe, que posiblemente tuviese que faltar al trabajo una temporada, lo primero que me dijo es que fuese lo mínimo posible, que tardara el menor tiempo posible y que, bueno, que tendríamos que negociar, incluso me planteo el negociar que no sabe si podría pagarme todo ese periodo que yo querría estar de vacaciones. De todas maneras, lo tenemos un poco aparcado, por que no he vuelto a hablar mucho con él, pero vamos, estoy convencido, que el periodo que voy a estar de baja va a ser el mínimo posible e incluso va a depender casi más de él, de lo que me diga él de lo que la propia ley me ampare. Si él me dice mira te doy 15 días, me da igual lo que me de la ley ¿Sabes? Si me dice que a los 15 días, si no estoy me larga, voy a estar 15 días.”*

Se insiste en las diferencias entre empresa pública y privada a la hora de acogerse a permisos tras el nacimiento de los hijos. Mientras desde los primeros la legislación se cumple sin problemas, la situación en el mundo privado es totalmente diferente:

- *“mi mujer es funcionaria también. Es que en mi situación es muy fácil, yo lo único que hago es jugar con (...) Pero a mi no me van a poner “peros” y mi mujer acababa de aprobar unas oposiciones, necesitaba 6 meses de prácticas y por no pillarnos yo me cogí esas semanas, por que quedaban vacantes y por que queríamos que tuviera un plazo por si le pasaba algo durante esos 6 meses que tenía que hacer prácticas.... Empalmamos los meses de baja con las vacaciones de verano y dejamos al niño si puede ser con 8 meses, así que muy bien, tenemos suerte.”*
- *“yo creo que la administración evoluciona, no sólo tienen por que darte el dinero, sino darte más flexibilidad, como es el caso mío, que es un caso particular, te puedo hablar...El dinero, tampoco en este caso nos hubiera solucionado, es la legislación la que tiene que cambiar, que es la que estamos hoy en día y yo trabajo en la Universidad de Salamanca, que a efectos de flexibilidad, a efectos de permisos va a años luz de lo que puede ser la empresa privada o cualquier otra empresa de Salamanca, 15 días de permisos, eh... ..Moscoso que se pueden acumular con vacaciones... O sea, no es que me este quejando, pero me refiero, que a otros niveles, de cualquier persona de mi situación lo hubiera pasado... No sé como se hubiera apañado con esas semanas exclusivas de apoyo a la madre, con respecto al (...) de lo que puede ser el padre.”*
- *“Hay una gran diferencia, sobre todo con este problema, los que trabajamos en una empresa privada a los que son funcionarios, yo creo que, por ejemplo, en el caso de funcionarios este problema de coger la baja o preocuparse de que tiene que incorporarse cuanto antes al trabajo... Estas más despreocupado. Yo, por ejemplo, en mi caso que estoy trabajando de cocinero, si le digo a mi jefe que tengo faltar tanto tiempo, seguramente se planteo, a lo mejor coger a otra persona, o sea, quiero decir, que las leyes tendrían que intentar centrarse en lo que es recompensar al empresario, a la empresa privada para que todos podamos disfrutar de esos permisos.”*
- *“creo que la mujer en el sector público tienen las mismas ventajas o desventajas que un hombre, igual ahí no creo que hay discriminación ni se beneficia uno más que otro. Cuando vamos al sector privado es donde encontramos esos techos y esas...Dificultades que tiene la mujer, para mí es clave. O sea que sobre todo hay que centrarse más en la mujer pero en el sector privado, en el sector público creo que viven ya bastante bien.”*

Sigue siendo una condición esencial el tema económico a la hora de decidir quién debe acogerse a los permisos de maternidad/paternidad.

- *“Pero tal y como esté planteado, yo por ejemplo en mi caso nos planteamos que el se quedase, pero por el sueldo”*
- *“Ya te digo, en mi caso igual, ni no lo hemos planteado más que nada por el sueldo es que no llegas a planteártelo.”*

Se reivindica el papel del padre en el cuidado de los hijos. Especialmente en los primeros días, se cree que el Estado debería facilitar a la figura paterna mayores facilidades (permisos más extensos)

- *“Está más distendido el padre en todos los sentidos. Entonces, yo creo que las Administraciones Públicas faciliten que el padre pueda tener más permiso y que te ayuden, porque los primeros días son los peores... Es algo...”*

Hay enormes problemas a la hora de dilucidar quien debe disfrutar el permiso tras el nacimiento de los hijos. Se enfatizan los prejuicios que aún existen acerca de las tareas a desempeñar por parte de los hombres, todavía hoy se sigue considerando extraño que sea el padre el que pida el permiso de paternidad y se dedique al cuidado de los hijos y las tareas de la casa:

- *“a la hora de cancelar un trabajo por un hijo, ¿quién? ¿Quién se va a quitar del trabajo por un hijo? ¿Quién se coge el permiso de paternidad? Mi marido lo podría coger, pero vamos... yo le digo, “Lo coges”, pero seguramente está... [Hablan a la vez] Y el niño en el parque, o sea, si te coges la excedencia por maternidad es para hacer lo que yo haría en casa, ahora si yo tengo que llegar... yo sería de las que pediría que si él se coge la excedencia, yo para vivir cuando vive él cuando trabaja, para llegar a casa y...”*
- *“pues eso que haya una sola persona dedicada a los hijos, en ningún momento hemos dicho nada de que fuera el hombre, simplemente el tema de los hijos y que la mujer trabajara, bueno, a parte del tiempo de lactancia que es así. Yo creo que en la sociedad ahora mismo si un hombre se dedicara solo a la casa, no trabajara seguiría estando mal visto, eso a la larga perjudica a la mujer, digo yo, por que ningún hombre lo va a hacer, vamos es una cosa así un poco...”*
- *“Realmente ahora mismo, si yo... la maternidad la puedes dividir, puedes coger una parte y luego la otra... yo lo que pregunto es qué porcentaje de hombres cogen ese permiso.”*

Sobre esta decisión se van vislumbrando nuevas tendencias. Se empieza a pensar en términos prácticos, a igualar la condición de padres sin tener en cuenta el género de éstos, debe cogerse el permiso sin tener en cuenta si se es padre o madre, aunque siempre se acaba por reconocer ciertas limitaciones:

- *“El tema de la baja, de disfrutarla el padre o la madre, yo pienso que se atiende a criterios de máximo beneficio para los... Para la pareja, para el niño y el para el deterioro que puede causar por ejemplo en el ámbito laboral, el caso era por imperativo negado, ni siquiera te lo planteas, evidentemente. Pero en el resto de casos que pueda yo conocer, pues a efectos de trabajo, de problemas pues da igual, por que la madre, si la madre puede disfrutar de él y aprovecha de que le da pecho y demás y es mucho mas cómodo, por que los primeros meses están todo el rato con la teta fuera, entonces que la cojan los padres es una estupidez, por que es que es la madre, pero en nuestro caso, el que saca las tetas soy yo y el que pongo al muchacho soy yo, aunque las tetas sean de ella. Entonces éramos como, un poco, no sé, una simbiosis entre ambos, pero, normalmente, si la madre es hace una lactancia natural y le da pecho me parece lógico que lo disfrute la madre pero ...”*
- *“Hombre, pues en ese caso no te la cogerías por ejemplo, pero imagínate... aparte de que ahora la leche se saca, se mete en la nevera, se congela y hay un montón de métodos, pero claro, no solo se trata de que coja la excedencia para que el niño coma cada tres horas, sino para otras cosas.”*
- *“Claro, es que hay muchas cosas aparte de dar al niño de comer, hay muchas cosas, sigue la vida pero se incorpora el niño, y ahí no sirve llega el otro de trabajar, “Mira, es que no me ha dado tiempo a hacer la comida, come lo que te de la gana”. Yo si pido que la persona que se quede, se quede con todas las consecuencias, con las mismas que te quedas tú. “*
- *“Cuando comenzó a trabajar, tienen unas horas determinadas y nos organizamos lo de las tomas y se sacaba leche o... Unas veces se sacaba leche y yo se la daba a la niña y otras veces le llevaba a la niña al trabajo a que mamara. También es organizarse en función de lo que ambas personas les vienen bien y puede ser compatible”.*
- *“yo me hubiera planteado compartir la baja maternal, y no soy menos madre... ellos están igual de preparados que nosotras, ellos quieren a sus hijos igual y a veces somos nosotras que les hacemos un poco inútiles “no, es que no sabe”, vamos a ver, yo tampoco sabía, porque ni tenía un instinto... un poco más por el tema de, que tenía muchas ganas, quería un montón, y la verdad es que ahora encantada de... vamos, por encima de todo. Pero de él preparado, a lo mejor está más preparado que yo... que el pecho evidentemente no se lo puede dar, pero...”*

DISPONIBILIDAD DE TIEMPO Y FLEXIBILIDAD DE HORARIOS PARA CUIDAR A LOS HIJOS

Aunque además del tema económico, se considera fundamental el tiempo que se le debe dedicar a los hijos, primar la dedicación a los hijos sobre las cuestiones monetarias:

- *“Yo creo que cuando se tiene un hijo es tener tiempo, de acuerdo que los criterios económicos es importante, porque tienes que trabajar los dos, por dinero, pero es más importante tener tiempo para cuidar al niño”.*
- *“cuando trabajo si, tengo más dinero, pero no tengo el tiempo para estar con él, pero... por eso cuando trabajas... porque yo, lo único que tengo que hacer es llevarlo al... no tienes tiempo de llevarlo a ningún sitio... yo por eso creo que es más importante que tener dinero.”*
- *“Desde luego que habrá que sacrificar ciertas cosas, de vacaciones, pues en lugar de irme al extranjero, pues igual me toca ir al pueblo, o en lugar de ir a cenar a ciertos sitios cada cierto tiempo, pues me quedo en casa a ver una película. Hombre, yo creo que se puede recortar en sitios para afrontar esa nueva...”*
- *“creo que se utiliza hoy en día demasiado el argumento de circunstancias económicas para la decisión de tomar un hijo. Es un poco de... un poco... Y a mi casi lo que más me preocupa, porque vamos, es una situación ahora puntual que me encuentre desempleada, eso espero, ¿no?, pero, cuando nazca el niño y demás y que esté trabajando, a mí precisamente lo que más me preocuparía es no poder estar con él tanto tiempo como quisiera, pues porque hay que dejarlo en la guardería, o... o el tener que trabajar, eso es lo que más me preocupa, que le pueda influir en su, digamos... porque el resto de cuestiones en general no... no veo tanto problema como... pero no en cuanto a necesidad económica en el sentido...”*
- *“No es que sea real, es que no te queda otra. Así que me imagino que cuando nazca el niño, cuando salga de trabajar lo único que puedes hacer es ocupar el tiempo que tienes ahora, entre comillas, libre, para ocuparlo con el niño. En el trabajo no va a cambiar nada, las horas van a ser las mismas, seguramente, con o sin niño”*

Hay una gran dificultad en equilibrar los tiempos, de ahí que se considera importante la ayuda secundaria (otros familiares...):

- *“en mi caso particular el tiempo, si no fuera por las abuelas, vamos, quiero decir que yo no lo veo, sobre en todo en tiempo. Económicamente, en fin, a veces es costoso pero en el nivel de necesidades que nosotros nos planteamos, puede ser... pero en tiempo... En fin, es muy complicado, es complicadísimo.”*

-
- *“es un tema que te cambia la organización de la vida y que requiere un tiempo que no es el volcarse al 100% pero tampoco es el pasar , entonces es complicado, es un tema que no se donde está el equilibrio.”*
 - *“¿Qué hago con mi hija si pienso que voy a ir a recogerla? Y me paso la vida llamando a la vecina, a la otra, a la otra... ¿qué pasa al final? Tienes que dejar de trabajar. Que hay gente que a lo mejor gana mucho, pues te puedes permitir, bueno, pues cojo una persona, pero si yo voy a ganar a lo mejor en media jornada 400 euros, y voy a gastar 200 euros, pues ya estamos en la misma, para eso me quedo en mi casa, porque mi hijo no va a tener calidad de vida y yo tampoco. El problema es que yo trabajo, y si, hay ayudas, es lo que hay fuera, muchas ayudas, económicas y de otro tipo, yo hablo por lo que veo, por lo que me he encontrado trabajando yo, también es que mi trabajo manda narices.”*

Es importante respecto al tiempo para el cuidado de los hijos la escasez de centros infantiles y la dificultad de acceso a éstos, así como el elevado número de horas que ante el trabajo de los padres deben pasar los hijos en las guarderías:

- *“Porque me incorporo a trabajar en enero y es que estoy alucinando, una guardería con una lista de espera de dos años y me estás diciendo que yo antes de pensar en quedarme embarazada ya tenía que haber solicitado la guardería. Es que me parece una cosa alucinante, cómo me puedes decir eso, yo no sé si me voy a quedar embarazada, cuánto tiempo voy a tardar, si estoy pensando en una guardería, cuando las cosas llegan, llegan”*
- *“Ya no es el decir los niños... y querer ser mamá. Hay gente que trabaja 10, 12 horas al día... entonces le voy a tener que meter en una guardería 8 horas al día. “*
- *“ves la falta de disponibilidad de los padres muchas veces, y un niño en casa se pasa el día viendo la televisión, y entonces queremos volcar toda la responsabilidad a los colegios, a las guarderías y no. Muchos padres no están en casa, por eso pues porque...”*

EL TRABAJO Y LA MATERNIDAD/ PATERNIDAD

En relación con el tiempo, se destacan los problemas que surgen en el mundo laboral respecto a las condiciones laborales. La dificultad de conciliar la vida laboral y familiar es clara en este aspecto, las empresas no se adaptan a las nuevas circunstancias de los trabajadores:

- *El horario que te digan cuando entras a trabajar sea realmente ese, es que resulta que cuando quieres llegar a casa han pasado 6, porque hay que quedarse, porque te hago más, que me hace falta más, pero resulta que he necesitado estar más, que es lo que me ha pasado a mí, que llegaba a buscar a mi hija... y yo no puedo vivir así, voy a trabajar a un sitio donde he pedido 4 horas, la dejo en el cole, me*

voy, salgo, la cojo en el colegio, y me veo todos los días casi dejando el cuello ahí en el puente, porque no llego, pues porque en el trabajo no se acaba a la hora que te dicen que tienes que acabar. Y eso es muy importante, que digas trabajo de tal hora a tal hora y eso no se hace

- *Es que cuanto tú firmas un contrato lo firmas de tal hora a tal hora, ¿Por qué eso no se cumple? Es que tú a mí me están haciendo firmar un contrato con unas condiciones que tú no me vas a cumplir.*
- *Incluso un trabajo, que fuese de 8 a 3, pero incluso si esa persona si puede trabajar por la tarde, por ejemplo, si tiene flexibilidad laboral, puede coger y decir, bueno, yo a la una y media voy a buscar al niño, luego estoy en mi casa, y a las 4 puedo, porque mi marido vuelve a casa, yo a las 4 voy y hecho dos horas en el trabajo. Flexibilidad laboral digo, cuando puedas. Ahí el gobierno debería cambiar...*
- *El tema empieza por eso, por respetar los horarios laborales, al menos los que te hacen firmar.*
- *lo primero que me ha dicho cuando se lo planteo a mi jefe, que posiblemente tuviese que faltar al trabajo una temporada, lo primero que me dijo es que fuese lo mínimo posible, que tardara el menor tiempo posible y que, bueno, que tendríamos que negociar, incluso me planteo el negociar que no sabe si podría pagarme todo ese periodo que yo querría estar de vacaciones. De todas maneras, lo tenemos un poco aparcado, por que no he vuelto a hablar mucho con él, pero vamos, estoy convencido, que el periodo que voy a estar de baja va a ser el mínimo posible e incluso va a depender casi más de él, de lo que me diga él de lo que la propia ley me ampare. Si él me dice mira te doy 15 días, me da igual lo que me de la ley ¿Sabes? Si me dice que a los 15 días, si no estoy me larga, voy a estar 15 días.*

Se piden guarderías en los centros de trabajo para que faciliten la integración de la mujer en el ámbito laboral, se consideran a veces más importantes que las meras ayudas económicas:

- *hay una norma de calidad ahora, aparte de..., para tomar este tipo de medidas. Yo, pido el protocolo de ética familiar responsable, y lo de tener hijos es una gozada, tener hijos en la guardería, la empresa, toma un carácter, además de productivo, tiene un carácter social, que yo digo, incentivar a las empresas, o subvencionarlas, para que, para este tipo de políticas. Porque yo creo, vuelvo a repetir, que el principal factor, digo, económico...*
- *Estamos hablando de que con un niño, con un niño, el tema no es por el tema económico, o sea, me refiero, esto viene a raíz de las empresas, que decimos, que la empresa habría algún tipo de ayuda, como guardería, como tal, tal, tal... Eso viene a raíz de un niño. Pues ahora va todo en lo mismo, al final ayudas, ayudas, pero todo empieza por esa, porque si yo estuviera en mi casa, porque mi marido gana 600 para que no trabaje, yo me quedaría en...*

-
- *cuando vuelves a tu trabajo muy importante, en tema de guarderías, sería muy importante en los centros de trabajo incluyeran guarderías para poder dejar a tu hijo en los centros de trabajo, casi más importante veo eso que el tema de ayudas económicas. Para mi es muy importante, es mucho más importante, que me den esa posibilidad, dejar a mi hijo donde yo quiera. Ya que en las guarderías públicas es horroroso, está como muy limitado. Las privadas sabemos cómo funcionan muchas también y bueno en mi trabajo lo tengo ahí.*
 - *Pero lo podían hacer en polígonos, son polígonos muy grandes porque seguro que hay muchos trabajadores y un montón de papás y mamás y una guardería en cada polígono y fenomenal y no esta empresa tienen que poner una, ésta, otra, hay soluciones más.*
 - *Lo que pasa es que mucha gente lo difícil es encontrar trabajo, cuanto más que tenga guardería. Te sale mal encontrar trabajo como para encontrarlo con guardería y todo.*

Sobre la ayuda específica para mujeres trabajadoras se critica esa condición de ser exclusiva para este grupo:

- *Y los cien euros que hay para (...).para las trabajadoras. Yo por ejemplo he dejado de trabajar y me he quedado sin los cien euros, para poder crear a mi hija y no tengo la ayuda de los cien euros, de acuerdo que es para la guardería pero es que...*

Se reivindica una actitud de crítica antes las posibles injusticias que se puedan cometer dentro del ámbito laboral, actuar por medio de determinados medios para impedir posibles situaciones de desventaja:

- *“Vamos a ver si tú quieres trabajar, el derecho a trabajar, el derecho a ser madre, tú derecho a ser madre, quién va a coartar el que tú seas también trabajadoras. Cuando a una persona le dicen, “te voy a despedir si te quedas embarazada”, yo pienso que hay muchos sitios donde tienes que acudir para que se situación se conozca y no se dé, aunque yo sé que se da a patadas.”*
- *“Yo pienso lo que dices tú, que esa situación de “te voy a despedir porque estás embarazada”:
Una amiga se lo hicieron y fue a juicio y la tuvieron que admitir”*

ANEXO II

ANÁLISIS DE REDES PERSONALES Y DE AYUDA

I. Presentación

El presente informe recoge los principales resultados obtenidos a partir de las entrevistas sobre *Redes personales y de Ayuda* aplicadas a un grupo de adultos mayores en la ciudad de Salamanca.

El interés del estudio radica en proporcionar información estadística sobre el perfil de adultos mayores dependientes, el tipo de redes personales en las que participan, el perfil de las personas con las que se relacionan cotidianamente, y específicamente, quienes son los que dentro de estas redes personales conforman las redes de ayuda y cuidados a dichos adultos mayores.

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación mayor denominado *Fronteras de la Protección Social*, financiado por el ministerio de Asuntos Sociales y ejecutado por un grupo de investigadores del Departamento de Sociología y Comunicación de la Universidad de Salamanca. Así, este trabajo pretende complementar las distintas líneas de investigación desarrolladas por este proyecto en el ámbito de la sanidad, prestaciones sociales y dependencia.

Esperamos que los resultados que se presentan ofrezcan una panorámica asequible, rigurosa y completa, que sirva como instrumento para conocer mejor la realidad de los adultos mayores en cuanto ayudas a la dependencia y redes sociales personales.

José Manuel Gaete Ficiella

Jesús Rivera Navarro

Salamanca, 24 de Diciembre de 2007.

II. Introducción

El estudio que se presenta a continuación tiene como principal objetivo estudiar la realidad social en la que se encuentran inmersos los ancianos dependientes, específicamente en lo que concierne a las redes de relaciones sociales que establecen, su composición y estructura, perfil sociodemográfico de los miembros de la red, los miembros más importantes en función de su posicionamiento e influencia en estas redes, y por último, la relación de los cuidadores con los nodos centrales en las redes personales.

La información recogida en este trabajo de investigación se estructura de la siguiente forma. Una primera etapa conceptual hace referencia a temas de dependencia, cuidadores y su enmarque en el paradigma de las redes sociales.

Una segunda etapa, también del tipo conceptual, busca definir los principales lineamientos teóricos en los que se funda el paradigma de las redes sociales, y en específico, las redes sociales personales.

El tercer apartado, define los conceptos y definiciones metodológicas que enmarcaron esta investigación, atendido a la muestra, su definición, caracterización y ámbito de investigación.

El apartado más extenso, el cuarto, dice relación con el análisis estadístico de la información recogida por el cuestionario de redes personales que se aplicó a las ancianos dependientes, especialmente sobre las características sociodemográficas de los entrevistados, personas que conforman las redes personales, perfil sociodemográfico de los cuidadores, frecuencia y tipos de ayudas que brindan al anciano y características estructurales de las redes personales de los ancianos entrevistados.

Por último, se presenta un breve apartado con algunas consideraciones finales en función del análisis de los datos y las conclusiones que de ellos se derivan.

III. Importancia de la dependencia, cuidadores y redes

El proceso de envejecimiento en todo ser humano trae consigo una serie de cambios propios de esta etapa del desarrollo, sin embargo, en ocasiones algunos ancianos, por diversas razones, pierden la autonomía física, psíquica o intelectual. Generando de alguna forma una situación de dependencia, al no poder realizar ciertas actividades cotidianas, y por tanto, necesitan la ayuda de algunas personas para poder realizarlas. Generalmente las personas que participan en esta ayuda suelen ser parte de la familia, no obstante, la familia puede verse sobrepasada en los cuidados que necesita el adulto mayor. Esto dado la estructura de la familia de hoy en día, donde cada vez es mayor el número de parejas sin hijos o con un solo hijo, y que probablemente, no tendrán hermanos ni primos. Y este aspecto, provoca de alguna manera, que se haga muy difícil el cuidado de un

anciano en estado de dependencia, debido a las actividades laborales de las potenciales personas cuidadoras.

En consecuencia, la importancia de la asistencia y cuidados a los ancianos en situación de dependencia es un aspecto que requiere relevancia debido a su notorio aumento en la sociedad española. La importancia se genera al constituir un problema que afecta a la sociedad en general, dejando de ser una situación de exclusiva responsabilidad familiar, pues implica generar directrices que involucren compromisos para la protección y cuidado de estas personas, donde el estado de bienestar y sus funciones tienen mucho que decir en este aspecto, también en lo que respecta a la financiación para solventar tipo de situaciones.

De esta forma, la atención de los adultos mayores en situación de dependencia implica la participación de los servicios sociales en distintos ámbitos. La salud, es un aspecto indiscutible, pues puede ser un factor que desencadene un proceso de dependencia, debido a que la persona dependiente pueda sufrir algún tipo de problema de salud, que requiera de una intervención adecuada. Por lo demás, la existencia de una red de apoyo en estos casos constituye un soporte importante para superar las dificultades que presentan las personas con dependencia.

Bajo este aspecto la familia constituye una red relevante para ofrecer cuidado y atención a sus miembros en situación de dependencia. Este tipo de cuidados recae principalmente en las mujeres de la familia (Rodríguez, 2002), lo cual en ocasiones supone un obstáculo para la integración de estas en el sistema laboral. Sin embargo, debemos considerar la transformación de los entornos familiares de hoy en día donde el retraso en la edad de matrimonio se ha generalizado, incluyendo también la edad de la madre al nacer el primer hijo, la movilidad y separación geográfica de los miembros de la familia producto de situaciones laborales, el incremento de familias monoparentales y el aumento de hogares unipersonales motivados a veces por una viudez, entre otros. Estos cambios del entorno familiar influyen considerablemente en los modos de convivencia de las personas con algún grado de dependencia. En consecuencia, estas situaciones traen consigo la disminución de la capacidad de cuidados informales que puede proporcionar el entorno familiar a estas personas.

Bajo esta perspectiva, el papel de otras redes como amigos, vecinos, etc., es también relevante, aunque diversos estudios revelan que muy pocos adultos mayores en situación de dependencia reciben ayuda por parte de personas fuera del círculo familiar. El tipo de ayuda que proporcionan estas personas se basan principalmente en ayuda material, emocional, informativo o estratégico. Diversos estudios tanto en España como en otros países informan sobre las diferencias que existen en las características de apoyo que prestan las diversas redes sociales de las personas con dependencias. En España, el IMSERSO (1995) realizó un estudio en profundidad de las características del apoyo informal en los años noventa, se les aplicó una encuesta a las personas que han asumido el papel de cuidadores, pasado 10 años de aquel primer estudio se aplicó de nuevo una encuesta a la población cuidadora, cuyos resultados informó sobre la evolución de los

modelos de familia a lo largo del decenio. Los resultados de estas investigaciones establecieron comparaciones entre los diez años que medían la realización de la investigación. Los principales resultados serían los siguientes:

3.a.- Características de las personas cuidadoras

El 83% de las personas cuidadoras eran mujeres, y de este porcentaje, un 61,5% mencionaron no recibir ningún tipo de ayuda en la realización de este trabajo. Este reparto de cuidado en el entorno familiar se ha agudizado aún más con el transcurso del tiempo pues diez años después el porcentaje de mujeres que ejerce el papel de cuidadoras ha subido un punto 84%. Por lo demás, en el año 2004 el 66% de las mujeres cuidadoras son apoyadas por otros miembros de la familia en la realización de estos cuidados. Por lo demás, se obtuvo que un 14% de las familias con más recursos económicos precisaran ayuda para el cuidado de sus adultos mayores, y la ayuda la obtenían de un empleado del hogar.

Con respecto a la edad de las personas que ejercen el papel de cuidadoras en la encuesta de 2004 se sitúan entre los 49 y 69 años. En el 2004, la edad media sube hasta los 53 años. El estado civil de los cuidadores es el de casado.

En relación a las actividades laborales, en 1994, un 75% de los cuidadores no tenían una actividad laboral remunerada. En 2004, baja ligeramente al 73% de los cuidadores que no tenían una actividad laboral remunerada. Por otro lado, el 22% de la muestra tenían un trabajo remunerado compatibilizando esta actividad con el cuidado de sus adultos mayores en situación de dependencia, esto en el año 1994. Diez años después, en el 2004 se ha producido un ligero incremento un 26%.

En cuanto a las modalidades de convivencia el adulto mayor en situación de dependencia y el cuidador viven juntas de manera permanentes, observándose un aumento en este tipo de convivencia en comparación con el año 1994 (58,8% en 1994 y 60,7% en 2004).

IV. Redes sociales personales y capital social

4.a.- Redes Personales

El principal objetivo del estudio de las redes sociales, y particularmente el de las redes sociales personales, radica en poder estudiar fenómenos de interacción social observables empíricamente, desde una perspectiva *micro* (las interacciones personales), y a la vez, desde una perspectiva *meso* (las estructuras sociales en donde se definen las interacciones) (de Federico, 2002). Para este estudio, la importancia radicaría en poder identificar el tipo de relaciones personales

que mantienen los entrevistados (ancianos con dependencia), y a la vez, en cuanto a la estructura social en que descansan estas relaciones, como también, lo institucionalizadas que dichas relaciones puedan estar definidas. En consecuencia, la importancia del estudio de las redes sociales... *reside en tomar las interacciones sociales como punto de partida para identificar empíricamente estructuras en las que éstas se hayan insertas* (Lozares, 2003 en Molina, J. L. 2005).

Desde esta perspectiva de redes personales sociales se pretende observar y analizar la importancia que puedan tener las características personales de un individuo, el entorno social en donde se desenvuelve y las características del mismo, que en cierto sentido, pueden determinar sus conductas, oportunidades de bienestar e integración social. En consecuencia, y siguiendo la línea de esta investigación, el análisis de las redes personales puede entregar importante y valiosa información sobre los recursos sociales que dispone un anciano dependiente, la caracterización de estos recursos, en cuanto personas, y a la vez, los recursos materiales que estas personas le pueden facilitar.

En otras palabras, esta metodología si bien permite acceder y estudiar los distintos niveles de la interacción social, también permite realizar un análisis en términos de composición de las estructuras, es decir, identificar y caracterizar a los distintos individuos que forman un grupo, más o menos definido, más o menos formal, pero que de alguna u otra forma definen la estructura sobre la cual descansa parte del capital social que posee el anciano dependiente.

Dentro del estudio de redes personales, y con la finalidad de hacer más claro el estudio y análisis de las mismo, se distingue entre un "Ego" como el foco de estudio, y que en nuestro caso es el anciano dependiente entrevistado; Y por otro lado, se define como Alter, en plural Alteri, a las personas que se relacionan con el Ego. Se debe considerar que los Alteri pueden mantener entre ellos (o no) relaciones de conocimiento mutuo (amigos, conocidos, parientes, etc.), lo que finalmente da forma y contenido relacional a las redes personales del Ego.

4.b.- Capital social y redes personales

Dado que la literatura sobre capital social es abundante, y con ello, variados matices teóricos, y atendiendo a la finalidad acotada de este estudio, tomaremos la caracterización sobre capital social y redes personales que ha realizado José Luis Molina en su artículo "*El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas*" (2005).

El capital social puede ser entendido como un recurso que descansa:

A) Sobre las personas que conforman las redes (Alteri)

Tanto Bourdieu (1977) como Coleman (1988) definen el capital social como un atributo propio de un Ego que participa en una red social determinada, atributo que estaría determinado por el "tipo de personas" con las que se relaciona, específicamente en cuanto a la clase social de estas (Alteri).

B) Sobre la totalidad de la Red

Uno de los elementos centrales de esta perspectiva radica en el concepto de “agujero estructural” definido por Burt, R. (1992), donde las conexiones no redundantes confieren más poder e influencia a los nodos que actúan como “puente” de distintos sectores dentro de la red, y lo que su vez, en términos generales de la red, entrega la opción de contar con información y recursos menos redundantes. En consecuencia, se define a la estructura de la red como la que detenta los recursos y el capital social.

Una propuesta intermedia la entrega Nan Lin (2001), definiendo el capital social como el conjunto de recursos que se encuentran en la red. Por un lado el *acceso* a los recursos en la red, y por otro, el *uso* de los recursos que se encuentran en la red. De esta forma, el capital social total con que cuenta una persona en su red personal dependerá en primer término de la posición social que tienen los Alteri (*acceso*), y en segundo, si la relación entre los Alteri y Ego es fuerte o débil (*uso*). Finalmente, esta ecuación determinará el capital social “*movilizable*” disponible en la red.

4.c.- Composición de las Redes Personales

La composición de una red personal se define como la distribución de los atributos de los Alteri dentro del conjunto de componentes de la red, en otras palabras, los distintos atributos que tienen los Alteri que componen una red personal. Por lo general, y para el estudio que aquí se desarrolla, el análisis de la composición de las redes personales apunta, por un lado, a variables sociodemográficas, y por otro, a la frecuencia y tipo de ayuda que pudieran entregar los distintos tipos de Alteri.

Una de las constantes dentro de las redes personales, referidas a los atributos de los Alteri dice relación con el concepto de *homofilia* definido como “la tendencia a relacionarse entre iguales” (Blau, 1964 en Molina, J. L. 2007). En consecuencia, es esperable que la composición de una red personal esté definida mayoritariamente por las características propias del Ego. Por otro lado, la *heterofilia* provee a una red personal de un conjunto de recursos distintos, lo que a su vez viene a ser de suma importancia, ya que a mayor diversidad mayores serán los recursos no redundantes con los que puede contar un Ego, todo esto ponderado por la posición social con la que pueda contar cada uno de los Alteri.

De igual manera, y en lo que respecta al tipo de relaciones, se pueden distinguir claramente dentro de las redes personales la presencia de familiares más o menos cercanos, amigos, compañeros de trabajo, etc. Según sea el Ego entrevistado, específicamente en la etapa del ciclo vital que se encuentre, los tipos de relación en su red personal serán distintos, en edades más jóvenes la composición de familiares es bastante baja, sin embargo, en adultos mayores, como es el

caso nuestro, los hijos/as son los que tienden a proveer de apoyo social a los padres, y donde los amigos tienden a tener una mayor función de socialización y de confianza (Molina, J. L. 2005).

V. Metodología

5.a.- Unidad a investigar

La unidad a investigar es el anciano dependiente que participa en alguno de los centros de día, para adultos mayores o de jubilados de la ciudad de Salamanca. Por anciano dependiente se entiende a aquellos ancianos que, una vez aplicado el cuestionario de actividad funcional de Pfeffer, obtienen un puntaje igual o mayor que 6.

Dicho cuestionario (*FAQ, del inglés Functional Activities Questionnaire - Pfeffer*) permite la *evaluación objetiva, a través de un informador, sobre el rendimiento del paciente en actividades instrumentales avanzadas de la vida diaria, como la administración del dinero, la compra, etc.* (Rios et. al. 2001). En particular, el cuestionario cuenta con 11 ítems de actividades de la vida diaria, cada uno se puntúa de 0 a 3, donde: 0 implica una realización normal de la actividad que se le menciona; 1: realiza la actividad con cierta dificultad, aunque no es necesaria la ayuda de alguien para concretar la actividad; 2: si bien necesita la ayuda de alguien, puede realizar la actividad que se le menciona; 3: es dependiente de otra persona para realizar la actividad que se le menciona. En consecuencia, un mayor puntaje implica un mayor grado de afectación funcional para el conjunto de actividades de la vida diaria.

Los 30 ancianos entrevistados obtuvieron puntajes superiores a 6 puntos, y que además, se distribuyen según su grado de dependencia de la siguiente forma:

Grado de afectación funcional	Porcentaje
6 – 11 Puntos	36,67 %
12 -18 Puntos	63,33 %

5.b.- Ámbito de la investigación

El ámbito geográfico de esta investigación se enmarca en la ciudad de Salamanca, y en particular, los centros de adultos mayores.

El ámbito poblacional queda delimitado por la población de 65 años y más, definido previamente como anciano dependiente.

5.c.- Período de referencia

La recogida de información se realizó en una etapa, a través de entrevistas personales asistidas por ordenador utilizando el software Egonet 1.0. El periodo de aplicación de la encuesta fue desde el 29 de Noviembre del 2007 al 17 de diciembre de 2007.

5.d.- Principales variables

En el siguiente cuadro se recoge una síntesis de los principales grupos de variables que, en ambas etapas de aplicación del cuestionario (para Ego y los Alteri), han sido recogidas en este informe.

A) Atributos de EGO.

- Sexo
- Edad
- Nivel de estudios
- Estado Civil
- Situación Laboral
- Composición del Hogar
- Ingresos Mensuales

B) Generador de Nombres

A continuación, se presenta el texto utilizado para que Ego defina las personas que componen su red personal, por libre asociación de nombres.

"...Indica (o nombra) una lista de 20 personas que CONOZCAS personalmente (por lo menos su nombre de pila o apodo) y con las que tengas una relación más o menos estable durante el último año y con las cuales es probable que continúes dicha relación. Entendemos por "conocidos" o "conocimiento mutuo" la existencia de una relación al menos en los dos últimos años, y que puedas contactar en estos momentos si fuera necesario. Intenta que todas las categorías importantes de personas (parientes, amigos, compañeros, vecinos...) estén representados en la lista..."

Si bien la literatura general sobre redes personales sugiere que las entrevistas o generadores de nombres deben considerar unos 30 Alteri como mínimo, se ha optado

— por consultar sólo 20 de estos. La razón principal se debe al intensivo trabajo que llevaba a los ancianos, muchos de ellos mayores de 80 años, el completar una lista de 30 conocidos, y más aún, el poder relacionarlos entre sí. Además, esta decisión se funda también en una de las conclusiones expuestas por McCarty (2006), donde se sugiere que la utilización de 20 Alteri es a lo menos pertinente. Haciendo constar que el entrevistador ha mantenido una especial atención para que Ego (el entrevistado) represente los distintos grupos de personas (amigos, parientes cercanos y lejanos, vecinos, etc.) con las que se relaciona en su vida diaria.

C) Atributos de los Alteri.

Una vez definidos los 20 nombres, se consultó a Ego por ciertas características de estos Alteri, en específico sobre las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Nivel de estudios
- Situación Laboral
- Tipo de Parentesco - Relación
 - > Red Formal
 - > Red Informal
 - > Red Familiar Ampliada
 - > Red Familiar Básica
- Frecuencia de ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana.
- Tipos de ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana.

D) Evaluación de relación entre los Alteri.

- "...Si no fuera por UD o independiente de UD. ¿Cree que \$\$ y \$\$ mantendrían algún tipo de relación (De conocidos, amistad, conversar, tomarse una caña, salir juntos, etc.)?..."

Con esta "evaluación de relaciones" se da forma y consistencia a la estructura de la red personal, ya que se consulta por la relación que cada uno de los Alteri tiene con el resto de personas.

VI. Análisis de los resultados**6.a.- Ancianos y Topología de Redes Personales**

La muestra seleccionada, para la aplicación de las entrevistas estructuradas sobre “redes sociales personales” responde a los datos que se muestran en la tabla N°1, y donde se destaca una sobre representación de mujeres ancianas con edades entre los 76 a 80 años, de ahí que la sobre representación de jubilados-pensionistas, en cuanto actividad laboral, sea más del 90%. Además, la mayoría no tiene estudios, o bien, sólo estudios primarios. De igual forma, y también en función de la etapa vital que viven, no es de extrañar que los adultos mayores viudos alcancen más de la mitad de la muestra. Algo menos de la mitad vive solo en su hogar, un 36 % con otra personas, y sólo 1 de cada 4 adultos mayores convive con más de dos personas. Estos datos están en consonancia con algunos estudios en España, en donde se llega a dar la cifra de un 25% de viudas viviendo solas (López, 2005).

Por último, cabe mencionar el bajo nivel de ingresos familiares con los que cuentan estos adultos mayores, en parte, por que al vivir la mayoría solos obtienen una sola pensión, y también, por que aunque vivan en parejas, las pensiones de ambos muchas veces no superan los 800 euros mensuales.

TABLA Nº 1: Características sociodemográficas de los Egos (n=30)

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Válido (%)	Porcentaje Acumulado
Sexo				
Hombre	13	43,3	43,3	43,3
Mujer	17	56,7	56,7	100
Edad				
71 a 75 años	4	13,3	13,3	13,3
76 - 80 años	14	46,7	46,7	60,0
81 - 85 años	6	20,0	20,0	80,0
Más de 85 años	6	20,0	20,0	100
Nivel de estudios				
No sabe leer ni escribir	1	3,3	3,3	3,3
Sin estudios	7	23,3	23,3	26,7
Estudios Primarios	21	70,0	70,0	96,7
Estudios Secundarios	1	3,3	3,3	100
Situación laboral				
Trabaja	1	3,3	3,3	3,3
Jubilado /a-Pensionista	27	90,0	90,0	93,3
Sus Labores	2	6,7	6,7	100
Estado civil				
Casado/a	10	33,3	33,3	33,3
Soltero	3	10,0	10,0	43,3
Viudo	17	56,7	56,7	100
Composición Hogar				
Vive solo	13	43,3	43,3	43,3
2 personas	11	36,7	36,7	80,0
3 personas	5	16,7	16,7	96,7
4 personas	1	3,3	3,3	100
Ingresos mensuales (Euros)				
Menos de 500	7	23,3	23,3	23,3
500 a 800	15	50,0	50,0	73,3
801 a 1000	5	16,7	16,7	90,0
1001 a 1300	3	10,0	10,0	100

En consecuencia, y en consonancia con lo publicado por Caritas en el 2004²², se explica que un porcentaje importante de la pobreza se concentra en la población anciana.

Si bien las características antes mencionadas son propias del colectivo de adultos mayores, lo relevante es observar como este perfil puede definir la naturaleza de las redes personales en las que se integran y recrean.

Definimos las redes sociales como el grupo de conocidos o amigos común a todas las personas, aunque lo significativo de ellas son básicamente su estructura y su composición. Por estructura se entiende la distribución conectiva de los Alteri, y la densidad de relaciones entre ellos, es decir, el grado de conocimiento mutuo que existe entre los Alteri, y la integración de los mismos dentro de la red (centralidad de grado), la facilidad (o no) para relacionarse unos con otros

²² INFORME FOESSA: la pobreza en España. 2004. Caritas.

(centralidad de cercanía), y la conformación de grupos o subgrupos densos que pueden estar más o menos integrados a la totalidad de la red (centralidad de intermediación). En función de lo anterior, y al observar los datos de la tabla N°2 podemos constatar cómo las redes personales de los entrevistados son en su gran mayoría redes muy densas, es decir, del potencial de conexiones que pueden haber entre sus integrantes se genera más del doble, o lo que es igual, la probabilidad de que los componentes de la red se conozcan y mantengan relaciones independientes del Ego es muy considerable. De igual forma, la centralidad de grado indica que algo más de la mitad de los Alteri de la red mantienen varios y variados lazos con los demás miembros. Además, aunque no es necesariamente obvio ni necesariamente está relacionado con los indicadores anteriores, la facilidad que tiene cualquier miembro de la red para comunicarse o relacionarse con cualquier otro miembro es bastante alta, es decir, la densidad y lazos de las relaciones se distribuyen bastante homogéneamente dentro de los integrantes de las distintas redes, lo que ya se confirma del todo, al observar que el grado de intermediación o de “hacer puente” entre subgrupos de nodos desconectados es muy baja, es más, casi inexistente.

Todo lo anterior da cuenta que los ancianos mantienen relaciones cotidianas con un conjunto de personas que fácilmente pueden conformar grupos de conocidos, con alta redundancia de relaciones y con probablemente una alta posibilidad de estar integrados.

En términos más simples, es probable que sus amigos sean amigos de los demás, y que los familiares de Ego también sean conocidos de sus amigos. Esto quizás puede dar cuenta de que la vida social de los adultos mayores dependientes no sea baja, o que exista un aislamiento o segregación de grupos de personas dentro de sus redes personales, más bien se observa que la probabilidad de pertenecer a un grupo de personas cohesionado e integrado es bastante alta, lo que en definitiva entrega un soporte reticular considerable al anciano referente a los distintos recursos (materiales, información, emocionales, etc.) que puedan circular por este tipo de redes.

TABLA N° 2: Indicadores estructurales de las redes personales

		Densidad	Centralidad de Grado	Cercanía	Intermediación
Media		,5413	51,08	62,50	2,33
Mediana		,5150	50,52	66,61	2,55
Moda		,47(a)	48,42	1,00(a)	,00(a)
Desv. típ.		,2016	20,66	20,99	1,57
Percentiles	25	,4225	39,33	56,98	,7150
	50	,5150	50,52	66,61	2,55
	75	,6375	62,89	73,07	3,05

a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Si bien lo anterior da una visión general de las redes personales que crean y recrean los ancianos dependientes en sus relaciones cotidianas, también es importante poder identificar el perfil de aquellos adultos que pueden desarrollar redes con mayor o menor densidad de sus conocidos. Por ello, a continuación (tabla N°3) se muestran los datos de ciertas variables sociodemográficas de los adultos mayores relacionados con niveles de densidad de las redes personales. La recodificación y categorización de las variables sociodemográficas, así como la de la variable densidad, se debe en parte a que al contar con un número bajo de entrevistados (n=30) es necesario disminuir la variabilidad de las variables en cuanto categorías de agrupación, y con ello, obtener un perfil más válido de los adultos mayores, aunque esto vaya en contra de la especificidad de las características.

TABLA N° 3: Densidad de redes personales de acuerdo a datos sociodemográficos de los Egos

	Menor a 50 %	Mayor a 50 %
Sexo		
Hombre	61,5	38,5
Mujer	35,3	64,7
Edad		
Menores de 80 años	35,3	64,7
Mayores de 80 años	61,5	38,5
Estado civil		
Casado/a	50,0	50,0
Soltero - Viudo	40,0	60,0
Composición Hogar		
Vive solo	38,5	61,5
2 personas	50,0	50,0
Más de 2 personas	60,0	40,0
Ingresos mensuales (Euros)		
Menos de 800	45,5	54,5
Más de 800	37,5	62,5

Tal como se puede observar, y aunque, no haya significancia estadística en la relación de las variables, si es posible tener una idea o aproximación de cuáles son las principales características personales de los adultos mayores que favorecerían la concreción de redes personales más densas y más integradas. Ciertamente son las mujeres, probablemente viudas, que viven solas y con ingresos superiores a 800 euros las que generan redes más densas. La explicación primaria de esta característica se debe a razones ocupacionales: los hombres tienen redes mayores y menos densas porque sus trabajos proporcionan un amplio rango de nuevos contactos (Kapferer, 1973 en Molina, J. L. 2005), de ahí que al estar jubilados su densidad es menor. Otra razón se puede deber a que las mujeres menores de 80 años tengan una discapacidad que esté en etapas tempranas de su desarrollo, permitiendo con ello mayor movilidad para relacionarse, también por el hecho de que sus amistades y conocidos estén probablemente vivos, que al estar sólo se incite al adulto mayor a

relacionarse con los otros, para no quedar ni estar solo la mayor parte del tiempo; en cambio la situación de los casados es diferente, ya que “por lo menos” tienen “alguien” con quien conversar, relacionarse, compartir, etc. En esta misma línea, el hecho de estar casado o tener pareja implica que dentro de las relaciones cotidianas que la persona se ve obligada interactuar con personas de la red de su pareja o cónyuge, y que no necesariamente tienen que estar relacionados con los del Ego, por ejemplo, la probabilidad que el cuñado del marido se conozca con el cuñado de la mujer es probablemente más baja, a que dos amigos o parientes de una misma persona se conozcan o mantengan una relación de amistad.

Por último, un mayor ingreso permite claramente realizar mayores actividades, salir a más lugares, acceder a viajes, eventos sociales, etc, en general, la posibilidad de poder destinar cierta parte del ingreso a participar en distintas actividades, que requieren la inversión de cierta cantidad de dinero, permite desarrollar y participar de redes personales más densas.

6.b.- Composición de las redes personales y perfil de los cuidadores

Si bien el análisis y caracterización de las personas mayores dependientes (Egos) en función de la estructura de sus redes personales es ciertamente relevante, también es relevante definir la composición y caracterización de los Alteri o personas que conforman dichas redes personales, y dentro de ellas, la redes de ayuda a la dependencia, elemento central para esta investigación. De esta forma, en la siguiente tabla se muestra la caracterización de los Alteri pertenecientes a la totalidad de los entrevistados, ya que cada uno fue consultado por 20 personas con las que regularmente mantiene una relación cotidiana. Este conjunto de personas, denominadas Alteri, suman en total una muestra de 600 individuos.

TABLA Nº 4: Características sociodemográficas de los Alteri (n=600)

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Válido (%)	Porcentaje Acumulado
Sexo				
Hombre	279	46,5	46,5	46,5
Mujer	321	53,5	53,5	100,0
Edad				
Menor de 15	14	2,3	2,3	2,3
15-25 años	14	2,3	2,3	4,7
26-35 años	43	7,2	7,2	11,8
36-45 años	68	11,3	11,3	23,2
46-55 años	80	13,3	13,3	36,5
56-65 años	95	15,8	15,8	52,3
66-75 años	119	19,8	19,8	72,2
76-85 años	137	22,8	22,8	95,0
Mayor de 85 años	30	5,0	5,0	100,0
Nivel de estudios				

No sabe leer ni escribir	19	3,2	3,2	3,2
Sin estudios	101	16,8	16,9	20,0
Estudios Primarios	319	53,2	53,3	73,3
Estudios Secundarios	46	7,7	7,7	81,0
Formación Profesional	28	4,7	4,7	85,6
Bachillerato	21	3,5	3,5	89,1
Universitario	65	10,8	10,9	100,0
NS/NC	1	0,2		
Situación laboral				
Trabaja	200	33,3	33,3	33,3
Jubilado-Pensionista	316	52,7	52,7	86,0
Parado	9	1,5	1,5	87,5
Sus Labores	54	9,0	9,0	96,5
Estudiante	20	3,3	3,3	99,8
Otra situación	1	,2	,2	100,0
Tipo de Parentesco - Relación				
<i>Red Familiar Básica</i>			24,9	
Espos/a	9	1,5	1,5	1,5
Hijo/a	51	8,5	8,5	10
Padre	1	0,2	0,2	10,2
Hermano/a	37	6,2	6,2	16,4
Nieto	51	8,5	8,5	24,9
<i>Red Familiar Ampliada</i>			20,3	
Suegro/a	3	0,5	0,5	25,4
Cuñado/a	37	6,2	6,2	31,6
Nuera	12	2,0	2,0	33,6
Yerno	16	2,7	2,7	36,3
Pariente Lejano	6	1,0	1,0	37,3
Primo	7	1,2	1,2	38,5
Sobrino/a	40	6,7	6,7	45,1
<i>Red Informal</i>			50,3	
Amigo/a	206	34,3	34,3	79,3
Vecino/a	88	14,7	14,7	94
Voluntario/a	8	1,3	1,3	95,3
<i>Red Formal</i>			4,4	
Asistenta	4	0,7	0,7	96
Asistente Social	22	3,7	3,7	99,7
Otro	2	0,3	0,3	100

Una de las primeras observaciones que se puede obtener de la tabla N° 4, en función de la caracterización de los Alteri, es que existe una sobre representación natural de mujeres sobre hombres, también, porque las mujeres son probablemente, en el tramo de edad analizado, más sanas, y más numerosas, y con ello, más facilidad para relacionarse, además de lo anterior, por que no concentran sus relaciones sociales en redes laborales como en el caso de los hombres.

En cuanto a la edad, se concluye que claramente la mayor parte de los Alteri son personas de edad avanzada, donde casi un 60 % tiene edades entre 56 y 85 años, es decir, la población jubilada o a punto de hacerlo, lo que define también el mayor tiempo y disponibilidad para realizar actividades de tipo social. Por otro lado, el nivel educacional de las personas que componen estas

redes es muy similar al de los entrevistados, esto es, con bajos niveles (primarios 53,2%), lo que claramente también responde a un elemento propio de los procesos históricos que estas personas vivieron, en cuanto alteración de los sistemas educativos durante la guerra y post guerra civil y menos acceso a los sistemas educativos que en la actualidad. Tal como se ha comentado anteriormente, no es de extrañar que más de la mitad de los Alteri sean personas que se encuentran en la población laboralmente pasiva (jubilados). Que el segundo grupo de importancia sean trabajadores se puede deber a sus relaciones familiares (hijos/as, nietos/as, sobrinos/as), es decir, a la composición familiar vertical de sus Alteri, y que en su mayoría se encuentran en un ciclo vital correlacionado con la población laboralmente activa.

Un último elemento del cual se hace una mayor especificación hace alusión al parentesco o tipo de relación filial o de amistad que tienen los componentes de las redes. La sub agrupación de los Alteri en los distintos tipos de redes han sido definidos en función de la caracterización que se hace de las relaciones de amistad y filiación en el Libro Blanco sobre la "Atención a las personas en situación de dependencia en España" (IMSERSO 2005), donde los lazos consanguíneos más cercanos representan las redes primarias de familiares, en términos verticales (hijos y nietos), horizontales (hermanos y primos) y en última instancia, los padres, aunque dada la edad de los entrevistados es una relación filial casi inexistente. Son justamente los hermanos, y aún mas los nietos e hijos los que más presentes se encuentran dentro de estas redes familiares básicas. De igual forma, la presencia de los hermanos conlleva a que en la red familiar ampliada se encuentren más representados los sobrinos y nietos, lo que también habla de que las familias de los mismos se integran de buena manera con el Ego entrevistado. En un porcentaje menor, aunque considerable dentro de este subgrupo, se encuentran los yernos y nueras, respondiendo a que los hijos de edad mayor integran a sus respectivas parejas en las relaciones con sus padres.

Un tercer grupo, la red informal, es el que mayor representación tiene dentro de las redes personales; en su conjunto representan más del 50 % de los Alteri, y donde claramente los amigos aparecen en primer lugar, y los vecinos en segundo lugar. Ambos tienen una alta representación, lo que indica que, por un lado, las relaciones de la vida cotidiana transcurren probablemente dentro del ocio e interacción con amigos, y por otro, la intensa relación que tienen los ancianos con sus vecinos. Destacamos también la baja presencia de personal voluntario dentro de este grupo, que indica, al igual que el grupo o sub grupos de redes formales de ayuda, una casi nula o inexistente presencia de instituciones de ayuda que permitan dar soporte a los mayores dependientes. Esto último no está para nada fuera de lugar si se observa el nivel de desarrollo que, al día de hoy, se encuentran las políticas asistenciales españolas hacia el anciano dependiente.

Si bien lo anterior entrega una visión del perfil de los Alteri en términos de redes personales y relaciones en la vida cotidiana, también es cierto que es interesante identificar dentro de esta red personal las sub redes o componentes que actúan como "cuidadores" o "ayudantes" de los adultos mayores con discapacidad física. En este sentido, se les consultó a los entrevistados por la

frecuencia de ayuda que reciben de sus conocidos, en específico, cuan frecuente le ayudan cada uno de los Alteri en las actividades que realizan cotidianamente.

TABLA Nº 5: Frecuencia de ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana según características de los Alteri (%) (n=600)

	Muy Frecuentemente	Frecuente mente	A veces	Nunca
Sexo *				
Hombre	3,6	5,0	11,5	79,9
Mujer	14,0	7,2	11,8	67,0
Edad *				
Menor de 35 años	8,5	5,6	11,3	74,6
De 36 a 65 años	15,2	9,1	11,5	64,2
Mayor de 65 años	4,2	3,8	11,9	80,1
Nivel de estudios *				
Sin Formación	6,7	3,3	5,0	85,0
Formación Básica	7,7	6,6	13,2	72,6
Formación Media	14,3	12,2	16,3	57,1
Formación Superior	18,5	4,6	12,3	64,6
Situación laboral *				
Trabaja	14,0	5,0	14,5	66,5
Jubilado-Pensionista	3,8	5,4	11,1	79,7
Sin trabajo remunerado	17,9	11,9	7,1	63,1
Redes Personales - Ayuda *				
Red Familiar Básica	37,4	9,4	10,1	43,1
Red Familiar Ampliada	3,3	4,1	9,9	82,6
Red Informal	3,0	5,6	13,6	77,8
Red Formal	61,5	3,8	7,7	26,9

* Chi cuadrado < 0,05

En general, si se observan los datos, se ve claramente que la mayoría de las personas que forman parte de las redes sociales personales no prestan ayuda con regularidad a los adultos mayores, es decir, la mayoría de las redes personales se componen de personas en donde la relaciones de ayuda se encuentran poco distribuidas, o lo que es igual, tenderían a concentrarse en pocas personas muy bien definidas.

En relación a lo anterior, el perfil de la persona que ayuda o presta atenciones a estos adultos son en general mujeres, en términos comparativos con los hombres, sobre todo en lo que respecta actividades intensivas de ayuda, o aquellas que pudieran definirse como las más recurrentes. En cuanto a la edad, es el tramo de los 36-65 años donde se concentran las personas que prestan con mayor frecuencia la ayuda en al actividades de la vida cotidiana, estas “ayudantes” poseen una formación media o universitaria, generalmente sin trabajo remunerado (estudiantes, parados, sus labores) o que actualmente se encuentran trabajando, y dónde claramente NO son otros jubilados los que pertenecen al grupo que presta ayudas, reafirmando el carácter recreacional de estas relaciones. Por último, son las redes formales y las familiares las que concentran la mayor

parte de las ayudas, en cuanto frecuencia e intensidad. Claro que las redes formales cumplen con la función que las define como tales, y la familia, es claramente el sustento filial más importante de una persona a la hora de recurrir ayuda en las distintas actividades de la vida diaria. En una inspección de las redes familiares básicas, se observa que son los esposos/as, hijos/as y hermanos los que concentran la mayor frecuencia en la ayuda.

Tomando algunas de las actividades de la vida diaria del test de Pfeffer, se consultó sobre el tipo de ayudas que reciben los Egos de los Alteri. Dichas actividades fueron recodificadas en tres dimensiones o tipologías de actividades de la vida cotidiana. El cruce de estas tipologías con las características sociodemográficas de los Alteri se muestran en la siguiente tabla.

TABLA Nº 6: Tipos de ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana según características de los Alteri (%) (n=600)

	Actividades Domésticas	Viajes y Movilidad	Gestiones administrativas
Sexo			
Hombre	9,3 *	16,1 *	12,5
Mujer	27,1 *	24,6 *	16,8
Edad *			
Menor de 35 años	18,3	22,5	18,3
De 36 a 65 años	26,7	28,4	23,9
Mayor de 65 años	12,2	13,6	6,3
Nivel de estudios *			
Sin Formación	10,8	13,3	5,8
Formación Básica	19,5	19,7	12,6
Formación Media	34,7	36,7	38,8
Formación Superior	18,5	27,7	26,2
Situación laboral *			
Trabaja	20,5	29,5	26,0
Jubilado-Pensionista	15,2	13,0	5,7
Sin trabajo remunerado	28,6	28,6	22,6
Redes Personales - Ayuda *			
Red Familiar Básica	28,9	26,8	32,9
Red Familiar Ampliada	11,6	14,0	9,9
Red Informal	12,6	13,9	6,3
Red Formal	69,2	69,2	51,5

* Chi cuadrado < 0,05

Para entender la tabla Nº 6 es necesario considerar que los porcentajes que se presentan responden a aquellas personas que fueron definidas como “curadores” o “ayudantes”. En consecuencia, del total de Alteri hombres sólo un 9,3 % ayuda a los adultos mayores en tareas domésticas, por el contrario, casi un tercio de las mujeres Alteri prestan este tipo de ayudas. De igual forma, se ve como el porcentaje de hombres, bajo en términos totales, pero considerable en términos de la categorización realizan ayudas de movilización y de gestiones administrativas-

financieras. No obstante lo anterior, siguen siendo las mujeres las que mantienen una considerable cuota de ayuda en estas actividades.

Claramente esta situación puede dar cuenta de una suerte de división sexual de las ayudas, concentrando a las mujeres en las tareas domésticas (hacer la compra, hacer la limpieza del hogar y hacer el almuerzo/comida) y a los hombres en las no domésticas. En lo que respecta a la edad, el segmento de personas con edades adultas son las que más se dedican al cuidado de los adultos mayores, aunque el segmento de los más jóvenes, o menores de 35 años, también participan de forma considerable en ayudas al adulto mayor.

En cuanto a los niveles de formación, es interesante destacar que las personas de formación media (secundarios y bachillerato) se distribuyen en los tres tipos o dimensiones de ayuda, en cambio, los de formación superior, se concentran más en las ayudas para la movilidad y las del tipo administrativas-financieras, mostrando que existiría una tendencia (estadísticamente significativa) a que el reparto de las ayudas también se realiza en función del nivel educacional.

En lo que respecta a la situación laboral, nuevamente son los que no reciben remuneración y el grupo de los trabajadores los que más claramente dedican sus ayudas a facilitar la vida de los adultos mayores, concentrándose los que trabajan más en las ayudas de movilidad y de tipo administrativa- financieras, y los otros (los que no reciben remuneración), a las ayudas domésticas y de movilidad.

Por último, en lo que respecta a los tipos de redes o subredes de apoyo, se ve como nuevamente son las redes familiares básicas y las redes formales las que mayoritariamente se concentran en prestar las ayudas. Las formales con una leve concentración en tareas del tipo domésticas y de movilización, por el contrario, las redes familiares básicas se concentran en tareas domésticas, y sobre todo, en las administrativas-financieras, lo que dice relación clara con la mayor confianza que los Egos tienen en la familia a la hora de manejar trámites y movimientos de dinero. Haciendo una inspección más detallada de los familiares que prestan ayuda en este tipo de actividades, se ve que son las *esposas e hijas* las que concentran las mayores frecuencias en actividades del tipo domésticas y de movilización, por el contrario, los *esposos e hijos* tienden concentrarse más en las actividades de movilización, y sobre todo, en las del tipo administrativo-financieras.

6.c.- Redes personales y perfil de los Alteri centrales en la integración social

A través de los indicadores de centralidad de grado e intermediación, a nivel de los nodos, se pueden obtener indicadores valiosos a la hora de identificar el perfil de las personas que dentro de la redes personales cumplen funciones integradores y de conexión, es decir, aquellos que permiten, en

cierto sentido, hacer más densa e integrada la red de personas en las que participan los Egos, lo que en definitiva, genera una estructura reticular más armada y cohesionada para las distintas actividades que realiza el Ego. En el caso que nos compete, el poder tener redes más cohesionadas permite movilizar más fácilmente los distintos tipos de recursos (materiales, información, ayudas varias, etc.) en favor del Ego, sobre todo cuando éste tiene alguna enfermedad que genera cierto grado de dependencia. Así, los Alteri que alcanzan mayor puntaje de centralidad pueden ser considerados como aquellas personas que pueden coordinar y/o administrar de mejor forma el capital social que descansa en la red personal del Ego.

El primer indicador, el de centralidad de grado, nos indica el número de conexiones que cada Alteri tiene dentro de la red, lo que para esta investigación se define como el número de conocidos o Alteri con los que mantiene una relación de conocidos. Así, la importancia de estas personas radica en su capacidad de integrar y ayudar al Ego a conectarse con una gran cantidad de personas dentro de la red.

TABLA Nº 7: Distribución de Alteri de acuerdo a sus características sociodemográficas – Cuartiles Centralidad de Grado (%) (n=600)

	1er Cuartil	2do Cuartil	3er Cuartil	4to Cuartil
Sexo				
Hombre	31,9	29,0	19,4	19,7
Mujer	25,5	27,1	22,1	25,2
Edad *				
Menor de 35 años	15,5	18,3	40,8	25,4
De 36 a 65 años	23,0	18,9	25,5	32,5
Mayor de 65 años	36,4	38,1	11,9	13,6
Nivel de estudios *				
Sin Formación	34,2	37,5	20,0	8,3
Formación Básica	28,8	26,8	19,5	24,9
Formación Media	18,4	20,4	28,6	32,7
Formación Superior	23,1	23,1	24,6	29,2
Situación laboral *				
Trabaja	19,5	21,5	27,0	32,0
Jubilado-Pensionista	36,7	33,5	13,6	16,1
Sin trabajo remunerado	19,0	22,6	33,3	25,0
Redes Personales - Ayuda *				
Red Familiar Básica	14,1	26,8	30,2	28,9
Red Familiar Ampliada	18,2	21,5	30,6	29,8
Red Informal	41,1	31,5	11,9	15,6
Red Formal	15,4	26,9	19,2	38,5

Entendiendo que los puntajes que puede obtener un Alter dentro de una red, tanto para la centralidad de grado como de intermediación, va de 0 a 100, se ha optado por definir los cuartiles de la distribución de dichos indicadores, y a la vez, identificar a aquellos perfiles que participan de los mayores puntajes.

De acuerdo a los datos de la tabla N° 7, vemos que el perfil de aquella persona con mayor centralidad de grado pasa por ser mujer menor de 65 años, y más específicamente de 18 a los 35 años, con una formación superior, generalmente trabajando o sin trabajo remunerado, y que pertenece a las redes familiares básicas y ampliadas, aunque cabe destacar cómo los Alteri pertenecientes a las redes formales también poseen un nivel de integración bastante alto dentro de las redes personales, en parte se debe a la gran cantidad de tiempo que pasan con los adultos mayores, ya sea como asistentes o trabajadores de centros para mayores, lo que los lleva a aumentar sus relaciones con familiares y amigos; también puede ser visto como una medida de las familias de identificar, conocer, y en última instancia, integrar a la persona que se encarga de ayudar y cuidar a su familiar.

TABLA N° 8: Distribución de Alteri de acuerdo a sus características sociodemográficas – Cuartiles Centralidad de Intermediación (%)(n=600)

	1er y 2do Cuartil	3er Cuartil	4to Cuartil
Sexo *			
Hombre	56,6	26,9	16,5
Mujer	50,2	25,2	24,6
Edad *			
Menor de 35 años	49,3	29,6	21,1
De 36 a 65 años	48,6	27,2	24,3
Mayor de 65 años	58,0	24,1	17,8
Nivel de estudios *			
Sin Formación	57,5	29,2	13,3
Formación Básica	55,3	23,6	21,1
Formación Media	42,9	22,4	34,7
Formación Superior	40,0	36,9	23,1
Situación laboral *			
Trabaja	49,5	29,0	21,5
Jubilado-Pensionista	58,5	24,1	17,4
Sin trabajo remunerado	41,7	26,2	32,1
Redes Personales - Ayuda *			
Red Familiar Básica	43,6	28,9	27,5
Red Familiar Ampliada	43,8	36,4	19,8
Red Informal	63,2	20,9	15,9
Red Formal	38,5	15,4	46,2

Dado que los niveles de intermediación son muy bajos para todos los Alteri, se tomó la decisión de que los cuartiles de más bajos puntaje se unieran en una sola categoría. En consecuencia, la tabla N° 8 presenta sólo tres categorías.

La identificación del perfil de los Alteri “intermediadores” obtiene su importancia por su capacidad de “conectar” o “ser puente” entre distintos sectores de la red, que eventualmente necesitan de esta persona para conectarse con otros miembros de la red. En consecuencia, a la hora de movilizar recursos de la red, o de solicitar eventuales ayudas, son estos Alteri los que tiene

una función crucial para conectar y aunar a los distintos grupos de la red, y que eventualmente, pueden estar desconectados entre ellos.

En cuanto a los datos que entrega la tabla N° 8, se observa cómo el perfil de estas personas es muy similar a las de los definidos en la centralidad de grado, lo que lleva a pensar que estas personas son al mismo tiempo integradores y conectores de las distintas personas y grupos que conforman la red personal del Ego. Nuevamente los miembros de las redes formales cobran una alta relevancia estructural, es decir, la integración que alcanzan este tipo de miembros en las redes personales de sus cuidadores es bastante considerable, lo que los sitúa como las únicas personas que fuera del núcleo familiar comparten una serie de relaciones y, en cierto sentido, son una llave de los recursos que la red puede entregar; pero también es reseñable la acogida que las familias hacen con un porcentaje considerable de estas personas.

Haciendo nuevamente un ejercicio más detallado de los parientes que desempeñan una función más importante dentro de las redes personales, tanto para la intermediación como con la centralidad de grado, se identifica que nuevamente son las *hijas y esposos/as* los/las que desempeñan estas funciones reticulares-integradoras más importantes.

VII. Discusión de los Resultados

Si bien se ha comentado anteriormente que los entrevistados no son un número considerable de casos, si es posible tomar en consideración ciertos rasgos que parecen significativos. Dentro de ellos está el hecho de que la gran mayoría posee redes personales que tienen un alto grado de densidad, de cercanía, de centralidad y una muy baja intermediación, lo que define claramente que la vida social de estas personas se basa en un conjunto y entramado social con alta cohesión, y con una participación preponderante de personas de características similares a los Egos, esto es, personas mayores, jubilados con bajo nivel educacional, y que generalmente viven solos y/o viudos. Esto viene a definir la importancia de la homofilia, o la tendencia de las personas a relacionarse con sus similares.

Al contar estos ancianos con una elevada proporción de Alteri muy similar a ellos (jubilados y bajo nivel educacional), permite concluir que la diversidad e importancia de los recursos a los que pueden acceder no es muy considerable (baja heterofilia), sin embargo, y a diferencia de otros estudios, sí existe un porcentaje considerable de Alteri con niveles educacionales importantes (Superiores), que correlacionados con los puestos de trabajo acordes a su nivel educacional, pueden entregar a este tipo de redes mayores y mejores recursos, sean estos materiales e informacionales.

Aunque sea cierto que los familiares cercanos nunca podrán ser de gran cuantía dentro de una red personal, ya que por elementos naturales es muy difícil que logren ocupar un porcentaje significativo de la red, sí es importante destacar que cualitativamente desarrollan un papel muy importante, en términos de las redes sociales. Primero por su importante rol integrador dentro de las redes, es decir, como columnas vertebrales del entramado social en el que el adulto mayor se encuentra inmerso, en concreto, cabe destacar el papel de los esposos e hijos, y en especial, el de las hijas. Así, estos Alteri entregan al adulto mayor un soporte para sus relaciones, como articuladores y conectores de sus relaciones sociales. Y segundo, como coordinadores de los recursos que se encuentran presentes en las redes personales de Ego.

Si bien las redes sociales no son necesariamente iguales a las redes de apoyo o ayuda, tanto en términos conceptuales como estructurales, sí es posible encontrar ciertos patrones similares para ambos tipos de estructuras. Así, las mujeres hijas y esposas son las que generalmente entregan mayor ayuda y soporte a los mayores para realizar sus actividades de la vida diaria. Esto último, sumado a lo expuesto en el aparatado anterior, define que son las Alteri mencionadas las que, además de prestar ayuda, tienen el rol de integradoras de las relaciones sociales, es decir, un doble rol, lo que sin lugar a dudas muestra el papel estratégico que desempeñan en la vida cotidiana de los ancianos dependientes.

Además de lo anterior, cabe mencionar que estas mujeres y parientes, por lo general, son personas que trabajan, por lo tanto, requieren destinar gran cantidad de sus tiempo a labores de

cuidados y socialización de los adultos mayores, sumando a esto, el tiempo y esfuerzo que deben dedicar a sus propias actividades laborales y personales, lo que en definitiva, muestra la alta carga que estos parientes tienen en sus hombros, tema ampliamente documentado en la literatura científica (López, A. y Blanco, D. 2005) (Cf. Maya Jariego, 2000 en Molina, J. L. 2007). Por el contrario, los amigos y vecinos de edad similar a los entrevistados cumplen principalmente labores de socialización y ocio, y en muy pocos casos, entregan ayudas a sus amigos dependientes.

Si bien son las hijas las que prestan una mayor frecuencia de ayuda que los hijos varones, se ve como los tipos de ayudas tienden a ser repartidas en función del género, así las mujeres tienden a concentrarse más en tareas domésticas y los hombres en tareas administrativas-financieras, y es en actividades de movilización, tanto dentro como fuera de la ciudad, donde ambos géneros se reparten las tareas de forma más equitativa, lo que no minimiza la clara división sexual de las ayudas que los hijos/as prestan a sus padres.

VIII. Bibliografía

1. BOURDIEU, PIERRE (1977). "*Outline of a Theory of Practice*". Cambridge University Press. New York.
2. BURT, RONALD (1992). "*Structural Holes: The Social Structure of Competition*". Harvard University Press. Cambridge.
3. COLECTIVO IOÉ / IMSERSO / CIS (1995): "*Cuidados en la vejez. El apoyo informal*".
4. COLEMAN, J. (1988). "*Social capital in the creation of human capital*". American Journal of Sociology, 94.
5. DE FEDERICO, AINHOA (2002). "*Presentación: Tendiendo puentes, de Lilnet a Redes*", Revista Redes, Vol.3,#1, Sept-Nov. <http://revista-redes.rediris.es>
6. FERRAND, ALEXIS (2002). "*Las comunidades locales como estructuras meso*", Revista Redes, Vol. 3 #4, Septiembre-Noviembre. <http://revistaredes.rediris.es>.
7. IMSERSO (2005). "*Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España*". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
8. INFORME FOESSA (2004): *La pobreza en España*. Caritas. Madrid.
9. LIN, NAN; COOK, KAREN & BURT, RONALD S. (2001). "*Social Capital. Theory and Research*". Aldine de Gruyter. New York.
10. LÓPEZ DOBLAS, JUAN (2005). "*Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza*". Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.
11. LÓPEZ, ANA Y BLANCO, DAVID (2005). "*Guía para cuidadores de personas dependientes: La importancia de un buen cuidador*". Juventud, Familia y Servicios Sociales, Gobierno de La Rioja. La Rioja.
12. LOZARES, CARLOS (2003). "*Valores, campos y capitales sociales*", Revista Redes, Vol.4,#2, Jun. <http://revista-redes.rediris.es>
13. LUZÓN, JOSÉ L. Y CARDIM DE CARVALHO, MÁRCIA (2007). "*La pobreza según los objetivos del milenio, y las políticas sociales europeas. ¿Hacia una nueva relación centro periferia?*" Análise & Dados Salvador. Bahía.

-
14. MCCARTY, CHRIS; LUBBERS, MIRANDA J. Y MOLINA, JOSÉ LUIS (2006) Curso: *El estudio transcultural de las redes personales*, del 27 de Noviembre al 1 de Diciembre 2006. Barcelona.
 15. MOLINA, JOSÉ LUIS (2005). "*El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas*", *Empiria*, Julio-Diciembre 10 (71-106).
 16. MOLINA, JOSÉ LUIS; FERNÁNDEZ, ROSARIO; LLOPIS, JAIME Y CHRISTOPHER MCCARTY (2007). "*El apoyo social desde la perspectiva de la redes personales*", en Zúñiga, María, *Redes sociales y Salud Pública*. Monterrey, México. Universidad Autónoma de Nuevo León. pp. 73-98. ISBN: 970-694-694-404-4.
 17. RÍOS, C.; PASCUALA, L.F.; SANTOSB, S.; LÓPEZA, E.; FERNÁNDEZA, T.; I. NAVASB,T.; TEJEROB, C.; MORALES, F.; (2001). "*Memoria de trabajo y actividades complejas de la vida diaria en el estadio inicial de la enfermedad de Alzheimer*" *Revista de Neurología*; 33 (8): Zaragoza.
 18. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2002): "*Mujeres mayores y sistema de género*", en Maquieira, V. (comp.): *Mujeres mayores en el siglo XXI*. IMSERSO. Madrid.
 19. SÁNCHEZ, MARÍA; MONTORIO, IGNACIO; IZAL, MARÍA Y ALMUDENA LÓPEZ (1998). "*La entrevista de Carga del Cuidador: Utilidad y validez del concepto de carga*". *Anales de psicología*, **(Ejemplar dedicado a: Psicología y vejez (2ª parte))**, Vol. 14, nº. 2, ISSN 0212-9728/1998.
- YANGUAS, JAVIER; LETURIA, FRANCISCO Y LETURIA, MARÍA (2000). "*Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes*". *Revista Papeles del Psicólogo*. Junio, nº 76. ISSN 0214 – 7823.

ANEXO III. FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO FIPROS 2006/86**Muestra general**

Población: Población residente en España mayor de 18 años

Tamaño de la muestra: 1205 individuos.

Afijación: Proporcional

Ponderación: No procede

Procedimiento de muestreo: Teléfonos al azar

Cuotas: Sexo y Edad (18-29 / 30-44 / 45-64 / 65 y más) según INE (1/1/2005)

Método de entrevistas:

telefónicas (CATI del Dpto de Sociología de la Univ. de Salamanca).

Teléfonos hogar seleccionados al azar (lunes a viernes de 14-22 horas),
con 5 rellamadas en diferentes horarios).

Error muestral: Para dos sigmas y $P=Q$, error de 0,5%

Fecha de realización Octubre de 2007-12-30

Submuestra de políticas familiares.

Población: Población residente en España mayor de 18-45 años de ambos sexos que “piensa” tener un hijo en los próximos tres años o que lo ha tenido en los pasados tres años (partiendo del momento de la entrevista – octubre de 2007).

Tamaño de la muestra: 202 individuos.

Afijación: Proporcional

Ponderación: No procede

Procedimiento de muestreo: Teléfonos al azar

Cuotas: Sexo según población 18-44 años INE (1/1/2005)

Método de entrevistas:

telefónicas (CATI del Dpto de Sociología de la Univ. de Salamanca).

Teléfonos hogar seleccionados al azar (lunes a viernes de 14-22 horas), con 5 rellamadas en diferentes horarios si hay persona que cualifica).

Error muestral: Para dos sigmas y $P=Q$, error de 3,5%

Fecha de realización Octubre de 2007-12-30

Submuestra de políticas de ayuda a dependientes.

Población: Población residente en España mayor de 18 años de ambos sexos que Tiene un familiar (parentesco en primer grado) que es “muy dependiente” (grado dos de dependencia) o “gran dependiente” (grado tres de dependencia).

Tamaño de la muestra: 200 individuos.

Afijación: Proporcional

Ponderación: No procede

Procedimiento de muestreo: Teléfonos al azar

Cuotas: Sexo según población mayor de 18 años INE (1/1/2005)

Método de entrevistas:

telefónicas (CATI del Dpto de Sociología de la Univ. de Salamanca).

Teléfonos hogar seleccionados al azar (lunes a viernes de 14-22 horas), con 5 rellamadas en diferentes horarios si hay persona que cualifica).

Error muestral: Para dos sigmas y $P=Q$, error de 3,5%

Fecha de realización Octubre de 2007-12-30