

DOC. 110/96

ANA M^a GUILLÉN

**LA POLÍTICA DE PREVISIÓN SOCIAL ESPAÑOLA
EN EL MARCO DE LA UNIÓN EUROPEA**

La política de previsión social española en el marco de la Unión Europea

Ana M. Guillén (Universidad de Oviedo)

Introducción: ¿Por qué hacer comparaciones?

Los estados del bienestar europeos se cuentan entre los más desarrollados del mundo occidental, pero la evolución de la economía desde la crisis de los años setenta y sus consecuencias sobre el entramado social y político han conducido al surgimiento de múltiples retos para todos los sectores de la política social, de forma que hoy día nos encontramos en situación de buscar soluciones a la tan traída y llevada "crisis del estado del bienestar".

La intervención de los estados en materia de previsión social no dejó de incrementarse durante la segunda posguerra mundial, pero tras las crisis del petróleo, las demandas sociales han aumentado tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, a pesar del comportamiento errático del crecimiento económico. Además, se han producido nuevos fenómenos de marginalización social, en este caso basados en la división entre aquéllos que tienen acceso a la protección social y los que carecen de ella, tales como emigrantes, jóvenes en busca del primer empleo, parados de larga duración, pobres, personas que no han conseguido el acceso al sistema contributivo o que lo han logrado durante periodos de tiempo muy escasos.

Por otra parte, los estados tienen crecientes dificultades para financiar los programas sociales y para ofrecer servicios de calidad. Los europeos, en general, no desean ver recortadas las prestaciones sociales públicas, pero en muchos lugares está surgiendo el descontento. Entre los grupos sociales que gozan de una renta más reducida, el descontento procede de la comparación entre su situación de precariedad en el empleo y en sus difíciles condiciones de vida con la de las personas que perciben ayudas que les permiten llevar una vida similar sin tener que contribuir a cambio. Entre las clases medias, que sustentan en gran medida las prestaciones públicas, la desazón se debe a que la falta de calidad de los servicios públicos les lleva a contratar en el sector privado idénticos servicios, con lo que, en muchos casos se ven abocados a pagar dos veces por la misma prestación.¹ Casi el 63% de los españoles opina que reciben menos del estado de lo que pagan en impuestos y piensan que el estado gasta poco en todas las partidas presupuestarias, con la excepción de la defensa. Además los españoles valoran de forma bastante negativa los servicios públicos por comparación a los que se reciben en otros países europeos (Boletín CIRES, 1994).

¹ Subirats (1995).

En España, desde la victoria socialista de 1982, estamos asistiendo por primera vez a un debate público intenso sobre el futuro de nuestro estado del bienestar, debate en el que están participando muy diversos actores sociales: sindicatos y organizaciones patronales, asociaciones diversas, representantes de la administración pública y otras instituciones públicas y privadas. En lo que respecta al sistema de asistencia sanitaria pública, el debate surgió en julio de 1991 con la publicación del llamado Informe Abril y se ha recrudecido a raíz de la reciente huelga de médicos hospitalarios. Sin embargo, durante el último año, la discusión pública ha prestado atención privilegiada al futuro del sistema de garantía de ingresos, concretamente a las pensiones de jubilación y, de forma menos intensa, a los subsidios de desempleo. En febrero de 1995, una comisión parlamentaria encargada de diagnosticar sobre el futuro de las pensiones decidió, después de un año de actividad, el mantenimiento del sistema existente, basado en la solidaridad intergeneracional. Los partidos políticos representados en dicha comisión (PSOE, PP, IU y CiU) firmaron el llamado Pacto de Toledo, en el que también se formularon una serie de recomendaciones para asegurar la continuidad del sistema público de pensiones.² Los sindicatos se han mostrado de acuerdo con el pacto. Por su parte, las organizaciones empresariales y la banca han expresado su respeto a lo acordado, pero también su deseo de que se incentiven los planes de pensiones privados.

La población española, por su parte, está mayoritariamente a favor de preservar todos los programas públicos de protección social. Los españoles consideran que el estado es responsable del bienestar de los individuos, y más de las tres cuartas partes de la población piensa que el estado tiene la obligación de garantizar a sus ciudadanos el derecho a trabajar, a una vivienda digna, a recibir ayuda en situaciones de necesidad y a la educación (Boletín CIRES, 1994).

El objetivo de este estudio consiste precisamente en realizar una aproximación a la situación del estado de bienestar español dentro de Europa. Existen constreñimientos derivados de los datos comparativos disponibles, que no son todo lo completos que fuera deseable en todos los casos. Otra dificultad se relaciona con el hecho de que los países que

² Las propuestas para lograr mantener el sistema actual de pensiones incluyen el retraso progresivo y voluntario de la edad de jubilación; la reducción de los regímenes de la Seguridad Social a dos: uno para los trabajadores dependientes y otro para los autónomos; un incremento de la proporcionalidad entre contribuciones y prestaciones; la financiación de la sanidad y de los servicios sociales exclusivamente a través de impuestos, de forma que las cotizaciones se usen solamente para financiar las prestaciones contributivas; y la reducción de las cotizaciones de los empresarios para fomentar el empleo, sólo en el caso de que no suponga un aumento del déficit público (véase capítulo IX del Proyecto de Informe..., 1995).

componen la Unión Europea han seguido trayectorias muy dispares a la hora de construir sus estados del bienestar y presentan en la actualidad múltiples diferencias en sus marcos legales, así como en la puesta en práctica de sus programas sociales.

Los países del sur de Europa --Portugal, Grecia, España, y en menor medida Italia-- han recibido hasta la fecha muy poca atención por parte de los estudiosos del estado del bienestar. A pesar de que los estudios comparativos que incluyen a los estados del sur de Europa son muy escasos, se ha ido construyendo un estereotipo que los define como distintos del resto. Cabe preguntarse si lo son en realidad y, en caso de que lo sean, cuáles son esas diferencias exactamente. De ahí la importancia de la comparación: ¿se parece el estado del bienestar español más a sus vecinos del sur de Europa o al resto de los países europeos?. Esta es la pregunta a la que intentaré dar una primera respuesta. La comparación es relevante, en primer lugar, debido a la necesidad de reformulación de las políticas de bienestar que perciben todos los actores sociales. En segundo lugar, España forma parte de la Unión Europea desde hace ya diez años. La construcción de la Unión Europea supone que en un futuro más o menos lejano debe luchar por igualar, o al menos armonizar, los programas sociales existentes en los distintos estados miembros, si de verdad pretendemos convertirnos en ciudadanos europeos con derechos y deberes similares. Esa hipotética armonización de los programas sociales europeos va a suponer tantos más retos cuanto más alejados nos encontremos de ellos, pero ¿estamos muy lejos? y, ¿en qué cuestiones concretas?.

La "política social europea"³ nació en el Tratado de Roma en 1957, pero surgió ya entonces con profundas carencias que la han caracterizado hasta la actualidad como una de las políticas comunes más débiles. La estudiada imprecisión de los contenidos del Tratado de Roma hicieron inoperativos los grandes principios formulados, cuya consecución se supeditó al logro de los objetivos económicos comunitarios. El buen funcionamiento del mercado común en estos primeros momentos fue aceptado como garantía suficiente del progreso social, lo que explica la escasez de instrumentos legales específicos en materia de política social.

Frente a esa concepción economicista de la Comunidad, el Acta Única Europea de 1985 representó un claro avance en la medida en que la inclusión del concepto de cohesión económica y social constituyó el reconocimiento de la insuficiencia del crecimiento económico y del desarrollo del mercado interior para la reducción de las desigualdades existentes. Por ello, se amplió el papel de los Fondos Estructurales, destinados principalmente a reducir las

³ Sobre la evolución de la política social europea previa al Tratado de Maastricht se puede consultar CCOO (1991).

disparidades macroeconómicas entre las regiones, y no tanto entre los trabajadores, quienes, por otra parte, constituyen el colectivo al que va destinada principalmente la actuación comunitaria en materia de política social.

En 1989, se produjo un nuevo avance con la publicación de la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales.⁴ El mérito de este texto consistió en que permitió, gracias a su ambiciosa vocación normalizadora, identificar responsabilidades en materia social y conocer los aspectos en los que existe una mayor resistencia por parte de los estados miembros a apoyar las actuaciones comunitarias. La autoexclusión de Gran Bretaña constituye la prueba de que ya no es posible dentro de la Comunidad respaldar los grandes principios para luego bloquear su puesta en práctica valiéndose de la rigidez de los mecanismos institucionales. Esta inflexibilidad es el origen de la inoperancia práctica de los mandatos de la Carta, así como también constituyó el más importante reto al que se tuvo que enfrentar la preparación del Tratado de la Unión en 1991.

El procedimiento jurídico empleado en la redacción del Tratado de la Unión,⁵ en el que los avances significativos en materia social se recogen en el Protocolo adjunto firmado a once (Gran Bretaña nuevamente se negó a firmarlo), pone de manifiesto las diferencias en la voluntad política de los estados en relación al grado de compromiso con la construcción de la Europa social. El principio de subsidiariedad actúa como salvaguarda de las competencias de los gobiernos nacionales, limitando las materias objeto de armonización comunitaria.⁶ Esa armonización, tal como se confirma en el Libro Verde y en el Libro Blanco (1994) y, sobre todo, en el Programa de Acción Social a Medio Plazo para el bienio 1995-1997 no se plantea en la actualidad como un objetivo de la Unión, sino que ésta se limitará en el futuro próximo a promover la cooperación y coordinación entre los estados miembros, dentro de un firme respeto a la diversidad.

En resumen, a pesar de la progresiva ampliación del marco de acción social comunitaria, ésta continua siendo insuficiente en importantes aspectos, como la normativa relativa a los trabajadores por cuenta propia o a la convergencia de los sistemas de protección

⁴ Véase Marcos Fernández (1992).

⁵ Véase Pérez de los Cobos (1994)

⁶ Los españoles están mayoritariamente a favor (63%) de que sea el gobierno nacional y no el comunitario el que sea responsable de la sanidad y la seguridad social. La media comunitaria es ligeramente superior (64%) (Eurobarómetro, nº 41, julio de 1994).

social, en los que las actuaciones se reducen a la aprobación de Recomendaciones no vinculantes con nulo poder normalizador. Las reformas de las materias referentes a la seguridad social requieren todavía la unanimidad de todos los estados miembros para ser aprobadas, lo que hace muy difícil la producción de Directivas comunitarias. Sin embargo, la disciplina presupuestaria impuesta por los criterios de convergencia para la unión monetaria está teniendo y tendrá profundas consecuencias en el futuro para la política de previsión social, consecuencias que hay que tener en cuenta para diseñar la reestructuración de nuestro estado del bienestar, y de ahí la importancia de saber cuál es el esfuerzo que tendría que realizar España en el caso de una hipotética homogeneización de su legislación social.

Debido a que la política social es un campo muy extenso que incluye el aseguramiento social, pero también las prestaciones asistenciales, las relativas a vivienda y educación, la formación profesional, y la promoción del empleo, por citar algunas de las más importantes, voy a tratar aquí de comparar con otros países europeos las tres partidas clásicas que incluyen los sistemas de seguridad social, es decir, aquellas medidas que intentan proporcionar la continuidad en la percepción de ingresos, la asistencia sanitaria pública y los servicios sociales personales. Este trabajo está dividido en tres partes, dedicada cada una de ellas al estudio comparativo de las facetas señaladas. Además, me ocuparé sobre todo de comparar la organización macroinstitucional de los programas sociales públicos, es decir, de cómo se gestionan, de cómo se financian, y del alcance de su cobertura.

En general, la evolución de la previsión social pública durante la última década en España ha supuesto el establecimiento de medidas de control de costes, una clara progresión hacia la universalización de la cobertura, y la asistencialización de muchos programas sociales. Los datos comparativos sobre gasto social indican que se ha producido un acortamiento de las diferencias en gasto con respecto a la media europea a nivel global: de un 18,1% del PIB en 1980 frente a un 24,4% para la media comunitaria a un 21,4% en 1991 frente al 26,0%. Sin embargo, cuando fijamos nuestra atención en la distribución del gasto entre las distintas partidas, podemos observar algunas diferencias significativas: los españoles gastamos más que nadie en desempleo y muy poco en prestaciones familiares. En efecto, del gasto total en prestaciones sociales, en España se dedica solamente el 0,6% a las prestaciones familiares, mientras que la media de los países comunitarios es del 6,4%. A la cobertura del desempleo se destina en España un 17,9% del gasto total, cifra que triplica la media comunitaria (Comisión Europea, 1994). Para el resto de las partidas la distribución del gasto es similar.

1. Políticas de garantía de ingresos ⁷

Las prestaciones económicas son gestionadas en España por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), creado en 1978, que depende del Ministerio de Trabajo. Otras agencias gubernamentales tienen competencias en la gestión de pensiones para los trabajadores autónomos, los funcionarios públicos y otras categorías ocupacionales. La dirección del INSS incluye un comité en el que están representados los sindicatos, las organizaciones empresariales, los trabajadores autónomos y la administración. La gestión es centralizada y ninguna comunidad autónoma posee competencias en esta faceta de la política social. La Tesorería General de la Seguridad Social es la institución central encargada de recoger las contribuciones sociales. Las prestaciones no contributivas son gestionadas por el Ministerio de Asuntos Sociales; algunas comunidades autónomas tienen competencias ejecutivas en este caso. Finalmente, el Instituto Nacional de Empleo (INEM) gestiona los subsidios de desempleo.

La financiación de las prestaciones económicas es sobre todo contributiva. El estado también realiza transferencias a la Seguridad Social para la financiación de las pensiones, transferencias que están previstas en los presupuestos del estado y se destinan a la actualización de estos beneficios.

En general, en España, los beneficios que se obtienen en concepto de mantenimiento de rentas son proveídos por una serie de programas de aseguramiento social obligatorio, en concreto, los de jubilación, invalidez, desempleo, prestaciones familiares, maternidad e incapacidad laboral por enfermedad o accidente, ya sea común o profesional. Existe un régimen general para los trabajadores dependientes y otros cinco regímenes especiales para los trabajadores de la minería del carbón, los trabajadores del mar, los autónomos, el servicio doméstico y los trabajadores agrícolas. Los funcionarios públicos están cubiertos por un régimen independiente. Además, no existe la posibilidad de evitar la contribución pública y optar solamente por un seguro privado.

Todos los trabajadores dependientes están cubiertos de forma obligatoria para todos los riesgos. A los trabajadores autónomos les ocurre lo mismo, con la excepción del

⁷ Una fuente indispensable para el análisis de las distintas facetas de la protección social en España es el informe publicado por la Fundación FOESSA en 1994, cuyos datos y conclusiones se utilizan con profusión a lo largo de todo este estudio. Para la comparación con el resto de los países miembros de la Unión Europea, utilizo como referencia fundamental el análisis de Ferrera (1996).

desempleo y la percepción de la invalidez provisional. Los desempleados sólo se pueden beneficiar de las demás prestaciones de la Seguridad Social mientras estén percibiendo el subsidio de desempleo, ya sea contributivo o asistencial. Los trabajadores a tiempo parcial también deben asegurarse de forma obligatoria, excepto los que trabajan menos de doce horas a la semana. Las amas de casa y la población inactiva no tienen acceso al sistema contributivo. Finalmente, para aquellas personas que quedan fuera del aseguramiento social y con bajos ingresos existe la posibilidad de obtener pensiones no contributivas, subsidios asistenciales o salarios sociales.

La fragmentación administrativa que observamos en España (con seis regímenes diferentes) existe también en otros países europeos, aunque con distintos grados. Quizás los casos más extremos sean los de Francia, Italia y Grecia, donde el número de diferentes regímenes con distintas condiciones de acceso y diferencias en las cuantías percibidas es muy alto. España presenta un nivel medio de fragmentación y Portugal uno de los menos elevados. La tendencia en España ha sido, ya durante décadas, a la equiparación con el régimen general, aunque, estamos todavía lejos de lograrla totalmente. Desde luego, sería deseable reducir las desigualdades derivadas del hecho de ejercer una profesión u otra y sobre todo las diferencias que se siguen del hecho de ser un trabajador dependiente, autónomo o de trabajar para la administración pública. Sin embargo, resulta difícil concluir aquí que nos parecemos más a los países del sur de Europa que a al resto de los países comunitarios.

La cuantía de las **pensiones** depende del número de años contribuidos y del nivel de la cotización, que a su vez es proporcional al salario. Existe un mínimo y un máximo para todas ellas, independientemente de las condiciones anteriores. Las pensiones se actualizan teniendo en cuenta el coste de la vida: antes de 1993 se indexaban a la inflación del año anterior y a partir de entonces a la inflación prevista para el año siguiente. En general, para disfrutar una pensión de jubilación, deben haberse cumplido los 65 años, y haber contribuido durante al menos 15 años, dos de los cuales deben estar incluidos en los últimos ocho años antes de disfrutar la prestación.

Las pensiones de invalidez y las de supervivencia se calculan con fórmulas similares a las usadas para las de jubilación. La cuantía de las de supervivencia depende del grado de cercanía familiar, con un máximo para las de viudedad, en cuyo caso se percibe aproximadamente un 45% de la pensión de jubilación del esposo o esposa. Las pensiones de invalidez permanente son proporcionales al grado de invalidez (parcial, total, absoluta o gran invalidez) y son más elevadas cuando se derivan de enfermedad o accidente laboral.

Por su parte, las **pensiones asistenciales de jubilación e invalidez** fueron suprimidas en 1992, excepto para aquellas personas que ya disfrutaban de ellas (ya fuera de las pensiones asistenciales creadas en los años sesenta o de las establecidas por la LISMI). Las pensiones **no contributivas**, que cubren los mismos riesgos, fueron introducidas en 1990 y presentan una cuantía más elevada que las antiguas asistenciales, razón por la cual muchas personas intentan convertir su pensión asistencial en una no contributiva.⁸

Además de las pensiones asistenciales y no contributivas existen en España los llamados **salarios sociales**, en este caso destinados a personas con pocos recursos y en edad activa. Los salarios sociales surgieron a partir de 1989 en la mayor parte de las comunidades autónomas, con el fin de luchar contra las situaciones de necesidad económica más pronunciada y suponen un sistema de garantía de ingresos para personas en edad de trabajar. Puesto que cada comunidad autónoma ha creado su propio programa, las condiciones de acceso establecidas en cada caso, la cuantía de las prestaciones y el nivel de cobertura varía mucho desde el punto de vista territorial. En algunos casos se trata de un salario mensual sin más, y en otros de salarios o rentas mínimas de inserción social propiamente dichas, es decir, que además de proveer al beneficiario de una renta se combinan con acciones destinadas a favorecer su inserción social. Sin embargo, los programas de reinserción, o bien han brillado por su ausencia, o bien se trata de programas experimentales muy limitados.

Las características que comparten todos estos programas autonómicos son: que van dirigidos a unidades familiares más que a individuos; que los criterios de acceso se basan en que los beneficiarios deben disponer de una renta inferior situada entre las 30.000 y las 40.000 pesetas mensuales según los casos; que todos exigen un periodo previo de residencia en la comunidad autónoma concreta; y que los salarios sociales se conceden por tiempo limitado, tiempo que oscila entre los 3 meses y los 3 años (generalmente 12 meses con posibilidad de renovación). La cuantía de estos subsidios estaba entre 30.000 y 37.500 pesetas mensuales en 1992 para una sola persona, cantidad que se incrementa con el número de componentes de la unidad familiar en distintas proporciones según la comunidad autónoma de la que se trate. En cuanto al grado de cobertura, resulta difícil contrastarlo con la demanda potencial, pues los

⁸ La cuantía básica de estas prestaciones se fija todos los años, en concreto en 1994 las pensiones no contributivas ascendieron a 34.070 pts. al mes en catorce pagas, frente a 24.935 de las asistenciales. Estas cantidades se pueden incrementar en un 50% si el beneficiario tiene una minusvalía superior al 75% y necesita de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida y en el caso de las pensiones asistenciales en 9.725 pts./mes. Se puede obtener también una ayuda mensual para gastos de transporte de 5.305 pts./mes.

niveles de pobreza y exclusión no son iguales para todas las comunidades y, además, habría que tener en cuenta la incidencia de otras medidas de protección. Sin embargo, los datos para 1992 indican que fueron 36.383 personas las beneficiarias de estos programas en España, cifra muy baja si consideramos los niveles de pobreza existentes en España (Aguilar et al., 1994).

En términos comparativos,⁹ España, Italia, Grecia y Portugal son los únicos países de la Unión que no poseen una prestación universal de ingresos mínimos para aquellos adultos aptos para el trabajo que no tengan recursos, aunque el caso Italiano es similar al español, es decir, la prestación es graciable y está descentralizada. En el resto de los países la duración es indefinida, salvo en Francia en que dura entre 3 meses y un año con posibilidad de renovación. En todos los casos nacionales se trata de un derecho condicionado a ciertas contrapartidas, en general a la disponibilidad para trabajar y entre los derechos asociados se encuentra invariablemente el acceso a la asistencia sanitaria. La cuantía de la prestación varía entre cifras ligeramente superiores al 20% del PIB per capita en Francia y Gran Bretaña, hasta el 40% en Holanda y Dinamarca (Comisión Europea, 1994).

De esta comparación se puede deducir que en España se encuentran todavía excluidos de este tipo de programas muchos ciudadanos, contrariamente a lo que ocurre en el centro y el norte de Europa. Se ha estimado que las personas excluidas suponen entre un 0,6% y un 2,6% del total de los hogares españoles y que se trata de "gente de la calle" (transeúntes y yonquis callejeros), familias gitanas muy desestructuradas, inmigrantes, mujeres con cargas familiares que viven con padres y abuelos, menores de 25 años en procesos de abandono de hogar y situaciones de preexclusión, mayores de 65 con menores a cargo y algunos perceptores de beneficios no contributivos (Linares Márquez, 1995).

En cuanto a las **prestaciones económicas por enfermedad**, la llamada Incapacidad Temporal¹⁰ supone el cobro de una prestación económica que es también más alta en el caso de que se derive de un accidente laboral o enfermedad profesional que en el caso de la contingencia común. Así, en el primer supuesto, el beneficiario cobra el 75% de la base reguladora sin periodo de carencia. En el segundo caso, existe un periodo de espera de 3 días y el empresario debe hacerse cargo de pago de la prestación desde el cuarto al quinceavo

⁹ Un estudio comparativo y detallado sobre los salarios sociales en la Unión Europea (año de creación del programa, condiciones de acceso, duración de la prestación y derechos asociados) es el de Ayala Cañón (1994).

¹⁰ La Ley 42/1992 de 30 de diciembre comportó la unificación a partir del 1 de enero de 1995 de las prestaciones de incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional en una única prestación denominada incapacidad temporal. La duración de esta prestación quedó establecida en 18 meses.

día.¹¹ La cuantía de la prestación es del 60% del salario del cuarto al vigésimo primer día y del 70% durante el resto.

La comparación de las prestaciones de garantía de ingresos con otros países europeos, al menos con los que han establecido un modelo de tipo profesionalista, sí pone de manifiesto una diferencia significativa. La protección es mucho mayor para los sectores de empleo formal (empleo fijo, con seguridad social), que para los sectores de empleo a tiempo parcial, temporal o informal. Tal como hemos visto, en España --y lo mismo ocurre en Portugal, Grecia e Italia-- no existe un programa nacional de garantía de ingresos mínimos y la cobertura de los salarios sociales es escasa. Si medimos la protección en términos del porcentaje de las ganancias netas que suponen las pensiones de jubilación para los trabajadores dependientes que hayan seguido una carrera normal (completa), nos encontramos con que Francia, Italia, Portugal, y, sobre todo, España y Grecia son los países más generosos de toda la Comunidad. Sin embargo, las pensiones de jubilación no contributivas, son las más bajas, sobre todo en el caso de Italia y Grecia. Las prestaciones mínimas por invalidez y jubilación son también mucho más bajas en los países del sur de Europa (Ferrera, 1996).

En lo que respecta al **desempleo**, la última reforma de la protección en España tuvo lugar en 1992, reforma que restringió la cuantía de los beneficios y redujo el periodo de percepción de la prestación. En la actualidad, para percibir un subsidio de desempleo se debe haber contribuido al menos durante 12 meses (6 meses anteriormente). El periodo de percepción del subsidio es proporcional al tiempo contribuido, con el máximo en un tercio del mismo (antes, la mitad) y un límite en todos los casos de dos años. La cuantía supone el setenta por ciento del salario anterior durante los seis primeros meses, y del sesenta por ciento durante los restantes (antes suponía el 80% durante los seis primeros meses, el 70% los seis siguientes y el 60% los doce restantes). Además, en ningún caso el subsidio puede superar el 220% del salario mínimo interprofesional (esta cifra se puede aplicar sólo a los desempleados con dos o más hijos). Sin embargo, las prestaciones por desempleo de tipo asistencial han sido mejoradas en los últimos años en general y, de forma especial, para los desempleados de larga duración mayores de 45 años y para los que tienen cargas familiares.

Aquí, y a pesar de los recursos gastados en la protección por desempleo en España, que, como hemos visto, destina un porcentaje mucho mayor de su gasto total en protección

¹¹ El pago por parte del empresario de la incapacidad laboral del cuarto al quinceavo día de la baja fue introducido en 1992 como medida de control de costes, ya que anteriormente correspondía a la Seguridad Social.

social que otros países europeos, las diferencias también son significativas. El subsidio de desempleo medido en términos del porcentaje sobre el salario anteriormente percibido sí es generoso tanto en Portugal como en España, lo cual no comparten ni Italia ni Grecia. Sin embargo, mientras que el periodo de percepción es indefinido en todos los demás países europeos, en los del sur el máximo lo presenta Portugal con 42 meses.

En resumen, en los países del sur de Europa, la situación se puede describir como de división entre dos categorías de ciudadanos con muy distintos niveles de protección: por un lado están los trabajadores del sector formal y por otro los trabajadores irregulares e informales, los jóvenes a la búsqueda del primer empleo, los desempleados de larga duración, es decir, todos aquellos que reciben prestaciones asistenciales o no reciben ningún tipo de ayuda. Esta diferenciación no es tan marcada en el resto de los países de la Unión.

Las prestaciones familiares incluyen en España beneficios fiscales por cada descendiente dependiente de la unidad familiar, prestaciones económicas para aquellas familias de bajos ingresos o que tienen hijos minusválidos, y descuentos en el coste del transporte, la educación, la vivienda o créditos preferenciales para familias numerosas. En España se dedican muy pocos recursos a las prestaciones familiares, con un gasto del 0,4% del PIB per capita en 1991, el más bajo de toda la Unión.¹²

Las ayudas en el impuesto sobre la renta consisten en que las familias pueden beneficiarse de un descuento en el IRPF por cada hijo menor de 30 años (éste límite de edad se amplió en 1991) que viva en el hogar y cuya renta no supere el salario mínimo interprofesional.

La reforma de las prestaciones familiares de 1990 ha supuesto el incremento de las mismas, la igualación para los cotizantes y los no cotizantes, la limitación a las familias con menos de un millón de pesetas de renta anual y la proporcionalidad con el nivel de renta y las circunstancias personales (tales como tener hijos minusválidos). La asistencialización de este tipo de prestaciones es clara y, desde luego, el nivel de renta exigido para tener acceso a ellas muy bajo.

¹² Esto podría explicarse por un intento de los políticos "post-autoritarios" de rechazar las políticas natalistas y antifeministas vigentes durante la dictadura, lo que ha provocado un descuido en el fomento de este tipo de políticas (Valiente, 1995b).

La importancia de los beneficios por familia numerosa ha disminuido desde 1975, porque cada vez existen menos familias de este tipo y por efecto de la inflación. En diciembre de 1994 se acordó que estos beneficios fueran incrementados. Antes de esa fecha, para formar una familia numerosa se necesitaba tener como mínimo cuatro hijos menores de 26 años que no percibieran renta y estuvieran estudiando o realizando el servicio militar obligatorio, pero a partir de noviembre de 1995, sólo se necesitan tres hijos para constituir una familia numerosa.

La Recomendación del Consejo de la UE de 27 de julio de 1992 invita a "mejorar las prestaciones para las familias en las que la carga de los hijos sea más gravosa, así como para las familias más desfavorecidas". Pero como Recomendación que es, no obliga, por lo que en este campo han pervivido grandes diferencias de prestaciones, tanto sociales como económicas, dependiendo de en que estado de la Unión se resida. Sin embargo, de los datos comparados se puede deducir que en España las prestaciones familiares son muy escasas, tanto si las comparamos con los países del sur de Europa como con el resto.

El conjunto de medidas que protegen la **maternidad** puede desglosarse en nuestro país, como en todos, en dos grandes elementos. Por una parte, el derecho de la mujer empleada a ausentarse del trabajo por el nacimiento, adopción o acogimiento previo de un hijo, con la garantía de conservar su puesto, su antigüedad y sus derechos a tener una pensión de jubilación. Por otra parte, el derecho a recibir una prestación económica pagada durante ese permiso. Hasta diciembre de 1994, fecha en la que se modificaron los programas de protección a la maternidad en España, la situación derivada de la maternidad de la mujer trabajadora se venía asimilando a la incapacidad temporal por enfermedad común, por lo que su tratamiento normativo a efectos de protección social era muy semejante al de esta contingencia. Hoy día, pues, la situación de maternidad se encuentra regulada separada de la incapacidad temporal.

Además, el pasado diciembre la cuantía de la prestación económica se elevó desde el 75% del salario al 100%. La duración del descanso es de dieciséis semanas ininterrumpidas, ampliables a dieciocho en caso de parto múltiple. Este periodo se distribuye como desee la interesada con la única salvedad de que seis semanas se disfruten después del parto. El padre puede disfrutar, alternativamente, de cuatro de las últimas semanas del permiso. Cuando transcurridos estos plazos la trabajadora no pueda reincorporarse a su puesto de trabajo, pasará a la situación de incapacidad temporal por enfermedad común y la cuantía percibida en concepto de mantenimiento de rentas será la correspondiente a esta prestación. Finalmente, entre las modificaciones que sufrió la prestación por maternidad el pasado diciembre se

encuentra la de que la condición exigida para disfrutar de la prestación es la acreditación de ciento ochenta días de cotización dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al parto, condición más laxa que la que estaba en vigencia anteriormente y que exigía este requisito durante el año anterior al parto.

Otro de los cambios recientes en la protección de la maternidad ha sido la adopción de nuevas normas que tratan de garantizar la continuidad de la vida laboral de las mujeres y los hombres trabajadores con hijos a cargo. En marzo de 1995, se ha aprobado una nueva regulación que se denomina de "permiso parental y por maternidad", que mantiene el derecho de los trabajadores a un periodo de excedencia, no superior a tres años, para atender al cuidado de cada hijo, pero que lo complementa permitiendo que sea computado a efectos de antigüedad. Además, el trabajador tendrá derecho a la reserva de su puesto de trabajo durante el primer año de excedencia, y durante los dos restantes la reserva quedará referida a un puesto de trabajo del mismo grupo profesional o categoría equivalente.

En términos comparativos con el resto de los países de la Unión, la duración de las prestaciones por maternidad es similar en todos ellos, con la excepción de Dinamarca con 28 semanas y de Italia con sólo 5. Los países del sur de Europa autorizan duraciones inferiores a España, con la sola excepción de Francia que prevé un permiso de 26 semanas a partir del tercer hijo. Con respecto a la cuantía de la prestación en relación con el salario antes percibido, destacan Portugal y Francia (124 y 113% respectivamente) por su generosidad y Gran Bretaña, por lo contrario (25%). España con el 100% se encuentra por encima de la media comunitaria. Entre los que superan el 100% del salario antes percibido, se encuentran Bélgica, Luxemburgo, Francia y Portugal, con la diferencia de que en los dos primeros ésta prestación está sujeta a imposición y en los dos segundos no (Comisión Europea, 1994). En consecuencia, en este aspecto de la protección social no se puede observar una diferenciación clara entre los países del norte y del sur de Europa, así como se puede concluir que las prestaciones por maternidad en España se encuentran al nivel del resto de los países de la Unión.

En cuanto a la excedencia para el cuidado de los hijos, la asistencia es muy limitada en general en toda la Unión. Solamente en Alemania, Bélgica e Italia existen subsidios para los padres y madres que desean permanecer en casa con sus hijos durante periodos limitados (2 años, un año y 9 meses respectivamente) y con un nivel de sustitución de ingresos reducido (22%, 20-25% y 34% de los ingresos netos medios respectivamente).

2. Asistencia sanitaria pública

La gestión del Sistema Nacional de Salud sigue un modelo descentralizado, previsto en la Constitución y en la Ley General de Sanidad de 1986. Existen diferencias territoriales notorias, pues en el caso de algunas comunidades autónomas (Cataluña, País Vasco, Valencia, Andalucía, Navarra, Galicia y las Islas Canarias) las competencias en materia sanitaria han sido totalmente transferidas, conduciendo a la creación de sistemas de salud independientes. El resto de las comunidades autónomas (42% de la población) están gestionadas por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), creado en 1978, cuya dirección incluye comités representativos de distintos grupos de interés. A nivel estatal, el Sistema Nacional de Salud está coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo que establece las normas generales a seguir. Las comunidades autónomas están representadas en el Consejo Interterritorial de Salud, que incluye idéntico número de representantes de la administración central. Existen además excepciones a este marco general de gestión, pues la asistencia por enfermedad profesional y accidente laboral se encuentra sobre todo en manos de las mutuas patronales, y el Instituto Social de la Marina tiene competencias de gestión para los trabajadores del mar y sus dependientes.

Se trata, pues, de un modelo de gestión con un grado de descentralización extremo para más de la mitad de la población. Otros países europeos poseen también una gestión descentralizada, pero que lo es por igual para todas las subdivisiones territoriales. El proceso de descentralización en España parece haberse ralentizado en los años noventa, o incluso haberse detenido. La razón quizás se deba al aumento del gasto y del déficit público que se ha producido desde que fueron transferidas las competencias. De entre una docena de expertos en economía de la salud consultados en junio de 1995 por la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), el ochenta por ciento de ellos estimó que la transferencia regional de competencias sanitarias ha sido positiva. Entre los efectos favorables se citan el incremento de la competencia, del dinamismo, de la innovación y de la mejora de la gestión. Pero también se señalan aspectos negativos, tales como el aumento de los costes de administración, las dificultades de coordinación y la aparición de agravios comparativos entre las distintas comunidades autónomas.

En cuanto a la cobertura, el derecho de todos los españoles a la asistencia sanitaria pública quedó establecido en la Constitución de 1978 y fue regulado por la Ley General de

Sanidad en 1986, que creó un Sistema Nacional de Salud que debía incluir a todas las redes públicas de asistencia y estipuló que la extensión de la cobertura se realizaría en etapas. El proceso universalizador finalizó, al menos en teoría, con el llamado Decreto de Universalización en 1989, que estableció las condiciones para que los usuarios de la red de beneficencia pública pudieran pasar a ser atendidos por los servicios de la Seguridad Social, transferencia que se está realizando todavía. En la actualidad, los servicios de la Seguridad Social cubren de forma directa a un 92,7% de la población, de los cuales un 91,7 por ciento son cabezas de familia y sus dependientes, y 0,4% son usuarios previos de la beneficencia pública. Los funcionarios civiles y militares del estado y sus dependientes (un 7,5% de la población) están cubiertos mediante sus propias mutualidades. Estos últimos ciudadanos pueden elegir entre la provisión pública y la privada. Esta es la razón por la que el 99,6% de la población española está cubierta por el aseguramiento público, pero la Seguridad Social sólo presta servicios directamente el 94,4% de la población. Algunas personas que gozan de los niveles más altos de renta no tienen derecho a la cobertura sanitaria. La proporción de gente que se beneficiaba de un seguro sanitario privado en 1994 era del 7,3% de la población total (Freire Campo, 1994).

En términos comparativos, en todos los países de la Unión en que la asistencia sanitaria se financia a través de impuestos, los sistemas públicos cubren por principio a todas las personas residentes en ellos. En Italia, está cubierta toda la población, pues aunque el sistema es parcialmente contributivo, aquellas personas que no tienen recursos no están obligadas a cotizar. En los países de seguro de enfermedad (Bélgica, Alemania, Luxemburgo y Holanda) la cobertura pública oscila entre el 100% de Luxemburgo y Holanda (sólo para las enfermedades graves) y el 92% de Alemania, donde muchos trabajadores autónomos y funcionarios públicos dependen de sus propios seguros privados. En estos países, las personas que no disfrutaban de un seguro público o privado están cubiertas por la asistencia social, que también les proporciona asistencia sanitaria. Por último, la situación de Grecia es especial, pues la población que vive en el medio rural está cubierta por un sistema financiado a través de impuestos, mientras que los habitantes de las ciudades disfrutaban de un sistema contributivo. En Grecia existen, además, otros regímenes públicos de menor importancia (Comisión Europea, 1994).

La Recomendación del Consejo de la UE de 27 de julio de 1992, relativa al acceso de toda la población a la asistencia sanitaria, se cumple en todos los países miembros y no existen indicios de que se pretendan reducir costes excluyendo a la población de mayor riesgo. En términos de cobertura, resultaría interesante contar con datos comparativos de

aseguramiento privado, es decir, de la parte de la población más favorecida por contar con los servicios sanitarios tanto públicos como privados.

El Sistema Nacional de Salud español provee asistencia primaria, especializada y hospitalaria, todas ellas de forma gratuita. La asistencia primaria se presta en los antiguos ambulatorios o en los nuevos centros de salud, que incluyen también la asistencia pediátrica. Este nivel de asistencia primaria es el encargado de seleccionar los pacientes que necesiten ser atendidos en los otros niveles. Sin embargo, los servicios de urgencia de los hospitales son usados por gran parte de la población en muchas ocasiones para obtener una asistencia más rápida. Los usuarios pueden elegir libremente su médico de cabecera y su pediatra. La asistencia especializada se presta en los ambulatorios y en los servicios de consultas externas de los hospitales. La libre elección de médico especialista está siendo establecida por etapas en estos momentos. La asistencia hospitalaria se presta en los hospitales públicos o en otros centros públicos o privados concertados, ya que el Sistema Nacional de Salud sólo posee alrededor del setenta por ciento de las camas hospitalarias del país. La falta de coordinación entre los distintos escalones asistenciales es señalada por los expertos como uno de los problemas más importantes del sistema de asistencia sanitaria en España (FEDEA, 1995; Fundación FOESSA, 1994), así como también en la mayor parte de los países europeos (Comisión Europea, 1994).

La financiación del SNS se realiza en España parcialmente a través de los presupuestos generales del estado (85% en 1996), y a través de cotizaciones sociales. Los pacientes deben abonar un tiquet moderador sobre los medicamentos comprados en farmacias públicas. Este tiquet es del 40% para los beneficiarios de la Seguridad Social, salvo que estén jubilados, en cuyo caso es gratis, y de un 30% para los funcionarios públicos, ya sean activos o jubilados.

La financiación de los sistemas sanitarios públicos de los países de la Unión muestra diferencias. En Dinamarca, Irlanda, Portugal y Gran Bretaña, se financian a través de impuestos. En Grecia, la situación es similar a España, es decir, la financiación se realiza en parte a través de impuestos y en parte a través de cotizaciones. Bélgica, Holanda, Francia, Alemania y Luxemburgo cuentan con sistemas puros de seguro. En estos últimos países, el gasto en asistencia sanitaria tiende a ser más elevado porque no se puede controlar a través de la introducción de restricciones en los presupuestos (Comisión Europea, 1994).

El gasto público en asistencia sanitaria era en España y en 1991 superior en términos porcentuales sobre el PIB al de Grecia y Portugal e inferior al del resto de los estados

miembros. En todos los países de la Unión el gasto sanitario ha aumentado en términos reales desde finales de los ochenta, aunque en Luxemburgo e Irlanda ha disminuido el relación con el PIB. Consecuentemente, la preocupación generalizada consiste en el control del gasto. Por ello, la mayor parte de los países han instaurado medidas de este tipo, ya sea mediante la participación de los pacientes en el coste de los medicamentos o de los servicios sanitarios, o ambos a la vez. En términos comparativos, la participación de los usuarios del sistema sanitario español en el coste de la asistencia es muy bajo, situación que no comparten ni Portugal ni, sobre todo, Italia.

En España, los años noventa han supuesto un giro importante en lo que se refiere a la política de asistencia sanitaria. En 1991, fue nombrada por el parlamento la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud --la llamada "Comisión Abril", con el objetivo de evaluar el funcionamiento de la atención sanitaria y diseñar una reforma de la misma. La Comisión emitió su informe en julio de 1991, sugiriendo una profunda reestructuración del sistema e incluyendo algunas medidas controvertidas, tales como la introducción de más tiquets moderadores o la participación de los jubilados en el pago de los medicamentos. Estas medidas fueron rechazadas frontalmente por la población en general y por los grupos de interés. Sin embargo, en 1993, se estableció una lista de medicamentos que quedaron excluidos de la financiación pública. En 1994, se llegó a un acuerdo entre la administración central y las autonomías con competencias descentralizadas para alcanzar un presupuesto de financiación más realista. Desde 1993, está en marcha una experiencia piloto cuyo objetivo es introducir una financiación prospectiva de los hospitales. Y, finalmente, en enero de 1995, se estableció una lista de los cuidados y tratamientos financiados por el SNS, en la cual se introdujeron por primera vez los tratamientos odontológicos para los niños menores de catorce años y para las mujeres embarazadas, así como la fecundación artificial.

Los países del sur de Europa no comparten muchos aspectos de sus sistemas sanitarios públicos, pero hay una característica que sí tienen en común y es la de que partiendo de modelos profesionalistas o bismarckianos en la construcción de sus estados del bienestar, y aún manteniendo ese modelo para sus sistemas de garantía de rentas, han intentado dar el salto hacia la constitución de servicios nacionales de salud (de tipo Beveridge), es decir, hacia sistemas de cobertura universal financiados a través de impuestos. El grado de puesta en práctica es diverso en los cuatro países del sur de Europa. En Grecia, a pesar de la creación de un sistema nacional de salud en 1983, el acceso permanece subdividido en dos grandes subsistemas: el IKA para las zonas urbanas y el OGA para las rurales y otros muchos programas de aseguramiento de menor tamaño. En Portugal, la reforma de 1976 no suprimió los seguros profesionales existentes, de forma que se dan todavía profundas diferencias en los

servicios a los que pueden tener acceso distintos grupos de trabajadores. En Italia, la cobertura universal es un hecho pero se han tenido que establecer fuertes medidas de contención de costes y tiquets moderadores tan pronto como se estableció el servicio nacional de salud.¹³ Además, la procedencia de sistemas profesionalistas, en los que la propiedad de las camas hospitalarias no quedó totalmente en manos del estado también ha conducido a la necesidad de establecer conciertos con entidades privadas, lo cual resulta peculiar si comparamos los servicios sanitarios públicos del sur de Europa con los tradicionales (Gran Bretaña, Dinamarca, Suecia). Sin embargo, la comparación resulta más difícil con los países que siguen un modelo de seguro puro, en el que la cobertura pública no es universal para todos los riesgos y la fragmentación del sistema, y con ella las desigualdades, son mucho más notorias.

3. Servicios sociales

La gestión de los servicios sociales contributivos corre a cargo en España del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), creado en 1978, y dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales, creado a su vez en 1988, con la excepción de las comunidades autónomas que tienen competencias en esta faceta de la política social. Los servicios sociales incluyen programas muy diversos, entre los que se encuentran la asistencia a la tercera edad (asistencia domiciliaria, residencias, vacaciones), a los minusválidos (atención especializada, programas de integración social y laboral), a las minorías étnicas, a los niños, jóvenes y a las mujeres, a los drogadictos, así como también las prestaciones no contributivas y las subvenciones a organizaciones de ayuda no gubernamentales. Los gobiernos autónomos y locales tienen a su cargo la provisión de la ayuda social básica. Este área de la política social se financia a través de impuestos, en parte a través de las comunidades autónomas y en parte a través de transferencias del Ministerio de Asuntos Sociales. Ante la imposibilidad de ofrecer aquí un análisis de todas las facetas de los servicios sociales, voy a ocuparme aquí de los destinados a la tercera edad y a los minusválidos.

Por lo que respecta a los servicios sociales para minusválidos, la oferta en España incluye programas de prestaciones económicas, de acceso a la información, de fomento del

¹³ Véase OCDE (1994), donde se puede encontrar un capítulo dedicado a las reformas recientes de los sistemas de asistencia sanitaria de Grecia, Portugal e Italia.

empleo, medidas para la eliminación de barreras físicas, prestación de servicios de atención domiciliaria y fomento de la asistencia sanitaria por los organismos públicos. El marco legal que regula todo lo concerniente a los discapacitados, deficientes y minusválidos es la LISMI, aprobada en 1982. Esta ley supuso un importante intento de adecuar la normativa española a la de nuestro entorno, así como también de ofrecer un abanico muy amplio de medidas que posibilitaran la integración social de este colectivo, colectivo que ascendía al 15% de la población en 1985 (INE, 1986). Quizás esta amplitud ha tenido la consecuencia de que algunos aspectos importantes, tales como los programas de rehabilitación y prevención, han recibido muy poca atención y en otros casos han resultado de escasa eficacia, como, por ejemplo en el fomento del empleo. Es posible que esta situación también se deba al hecho de que los servicios demandados con más intensidad son claramente las prestaciones económicas, que han acaparado la atención y los recursos de la administración en el periodo transcurrido desde la aprobación de la LISMI (Casado, 1992).

La comparación global entre los países de la Unión de los sistemas de protección a los minusválidos presenta muchas dificultades debido a la gran diversidad de programas y de condiciones de acceso a los mismos existentes. Todo ello se complica aún más si tenemos en cuenta que, tal como ocurre en parte en España, muchas de las prestaciones se regulan, organizan y se gestionan a nivel local, lo que a veces introduce diferencias importantes difíciles de generalizar. A pesar de todos estos problemas, de los datos comparativos se puede deducir que el nivel de protección y de desarrollo de los programas sociales para minusválidos, aunque se ha incrementado mucho durante los últimos años en los países del sur de Europa, todavía se encuentra a cierta distancia del logrado en el resto de los países de la Unión (Munday, 1994; Ministerio de Asuntos Sociales, 1989).

Entre los servicios que se ofertan a la tercera edad se encuentran en España la asistencia médica especializada y preventiva, las residencias y la ayuda para la vivienda, la atención domiciliaria, los clubes y hogares de jubilados, las vacaciones organizadas, y el apoyo económico a los familiares con ancianos. Hoy día existen casi 110.000 plazas residenciales (públicas y privadas), lo que supone una ratio del 2% que se encuentra todavía a distancia del 3,5% recomendado en los países mediterráneos o del 4,5% de los países del centro y norte de Europa. Los servicios de estancias diurnas en residencias fueron usados por 480 personas en 1992. El número de hogares y clubes para la tercera edad, también llamados centros de día, ascendía en 1992 a 2.000 sumando la iniciativa pública con la privada, distribuidos de forma muy irregular dentro del territorio nacional. En el mismo año, las personas que recibieron atención domiciliaria fue de casi 25.000. En general, resulta difícil establecer cuanto se aleja la oferta de servicios para las personas mayores de la demanda, pero la escasa cuantía de las

cifras aquí expuestas son indicativas de que la distancia tiene que ser grande. Los ancianos españoles consideran las ayudas a domicilio como el segundo servicio más necesario, después de los servicios médicos especializados, por lo que este programa debe intensificarse (Ministerio de Asuntos Sociales, 1993).

El análisis comparativo de las prestaciones para la vejez en Europa indica, como ocurría en el caso de la minusvalía, que los países miembros de la Unión presentan disparidades muy marcadas. La tendencia general parece conducir a la privatización de muchos de estos servicios en toda Europa. Sin embargo, si tenemos en cuenta de forma conjunta la oferta pública y privada, los países del sur de Europa presentan desarrollos inferiores tanto en la oferta de alojamiento de larga estancia como en los servicios de atención a domicilio y centros de día (Guillemard, 1993).

En cuanto a las situaciones de pobreza, un millón y medio de españoles se encuentran en situación de pobreza severa, es decir, ingresan menos de 19.000 pesetas al mes. El total de ciudadanos que viven bajo el umbral de la pobreza --con ingresos inferiores a las 38.000 pesetas mensuales casi alcanza los ocho millones (Fundación FOESSA, 1995). España, Grecia, Portugal e Irlanda son los países de la Unión que presentan los índices más altos de pobreza. Italia es la excepción entre los países del sur de Europa, con tasas más bajas que las de Gran Bretaña o Francia.

Para terminar me gustaría resaltar una característica del estado del bienestar español que resulta, a mi modo de ver, especialmente relevante y diferenciadora de las de los países del centro y norte de Europa. Ya hemos visto como a las prestaciones familiares son muy escasas en términos comparativos para las familias españolas. Hay que resaltar aquí que a las familias españolas se les da muy poco y se les pide mucho a cambio. El número de jóvenes que permanecen en la familia es muy alto: un 77% de los jóvenes entre 18 y 29 años conviven con sus padres. Entre las razones que esgrimen para permanecer en la familia se encuentran que les gusta hacerlo así, pues les supone una convivencia más grata, pero también porque necesitan que les mantengan (CIRES, 1995). Además, las familias españolas con hijos de muy corta edad tampoco tienen la posibilidad de enviarlos a guarderías públicas. La oferta de plazas públicas se centra en España en la educación preescolar a partir de los 3 años. En el curso 1991-1992 el porcentaje de niños que se beneficiaron de esta oferta fue del 66,3% para los de cinco años; del 63,9% para los de cuatro; y del 17,6% para los de tres. En comparación con la media de la Unión para los niños que son cuidados en centros públicos, estos porcentajes no son bajos, pues la cifra es del 65% para los niños de tres a seis años. Sin embargo, en el caso

de los niños de dos años o menos, España presenta el porcentaje más bajo de toda Europa (1%), incluso por debajo de los niveles de Grecia (4%) y Portugal (6%), y a considerable distancia del resto de los países (Valiente, 1995a).

En las situaciones de necesidad o de enfermedad, la mayoría de los españoles declaran que sólo la familia les ayudó, con la excepción de casos graves de enfermedades psíquicas o de drogadicción en que también se menciona a algunas instituciones (Boletín CIRES, 1994). Los mayores conviven con sus hijos o con otros familiares en proporciones elevadas: un 28,2% de los padres mayores de sesenta años y un 32,2% de las madres de la misma edad en 1991 (CES, 1995). En el caso de los minusválidos psíquicos la proporción supera las tres cuartas partes.¹⁴

En pocas palabras, las familias españolas cuidan, alimentan y dan cobijo a niños, ancianos, minusválidos y enfermos de distinta gravedad. Incluso fuera del hogar, en las instituciones hospitalarias es extraño encontrar enfermos que no se encuentren acompañados por algún familiar día y noche. La familia española realiza así una función de provisor de servicios sociales. Las altísimas tasas de paro se soportan en España gracias a que las familias comparten sus ingresos (procedentes de empleos seguros, precarios o de la economía sumergida o de las prestaciones sociales), acogiendo a parados y necesitados en general. Además, las familias españolas funcionan en muchos casos como oficinas de empleo, proporcionando a través de sus contactos un puesto de trabajo --sea del tipo que sea-- a sus miembros. Todo esto tiene la consecuencia, nada deseable, de que el estado se ve eximido, o al menos poco presionado, para solucionar activamente una larga y variopinta lista de problemas sociales: la atención a los ancianos, minusválidos y enfermos mentales, el cuidado de los más jóvenes, una mayor creación de empleo, la vivienda...

A este respecto, resulta interesante señalar que ya existen estados del bienestar que ante las dificultades de financiación que sufren están considerando el otorgar mayor protagonismo a instituciones sociales que fueron sustituidas por el estado, entre ellas a la familia. Sin embargo, y aunque una solución "a la española" parezca deseable para otros países, hay que resaltar que no es lo mismo llegar a una situación como la descrita después de

¹⁴ Según datos de una encuesta realizada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares de Enfermos Mentales, el 84% de los españoles que padecen enfermedades mentales graves viven con su familia, mientras que, por ejemplo en Irlanda el porcentaje es del 62% y en Suecia del 21%. Muchas de estas familias dicen no poseer el suficiente apoyo financiero, social y de información.

haber sopesado los pros y los contras, que soportarla porque es la única posible para sobrevivir.

Conclusiones

De esta aproximación a la comparación del estado del bienestar español con los de los países del centro y del norte Europeo, se puede deducir, en primer lugar, que los parecidos son más numerosos que las diferencias. Sin embargo, las diferencias son importantes y significativas.

En primer lugar, del examen de nuestro sistema de garantía de ingresos se puede derivar que existen más personas en España que pueden encontrarse en situación de total indefensión debido, por un lado, a la inexistencia de un programa nacional de rentas mínimas y, por otro, al carácter temporal de las prestaciones asistenciales por desempleo o familiares. Esta circunstancia merece una especial atención, pues la pervivencia de altas tasas de paro y las dificultades que están encontrando los jóvenes para acceder al mercado de trabajo implican que muchos ciudadanos ni tienen ni tendrán la posibilidad de acceder al sistema de aseguramiento contributivo, con lo cual la situación de desprotección o de escasa protección se puede agravar considerablemente en el futuro.

En segundo lugar, España parece compartir con el resto de los países del sur y centro de Europa la existencia de dos tipos de protección en su sistema de garantía de ingresos que estratifican a la población en dos grandes grupos: los que tienen acceso a trabajos fijos en el sector formal del mercado de trabajo y aquéllos que trabajan en situaciones de precariedad más o menos acentuada, en la economía sumergida o no han realizado nunca una actividad remunerada. A estos últimos se unen los ciudadanos que, por distintas causas, no tuvieron acceso en el pasado al sistema contributivo de mantenimiento de rentas. Una dualización de la sociedad en estos términos resulta peligrosa y poco deseable.

En cuanto a la asistencia sanitaria, se puede concluir que las diferencias no son marcadas con respecto a ningún país de la Unión, aunque en ausencia de datos comparativos sobre calidad de las prestaciones sanitarias la precaución resulta necesaria. Los datos indican que en España la asistencia no es muy cara en términos comparativos. A pesar de ello, resulta

imprescindible la introducción de medidas de control de costes debido al incremento constante de la demanda de prestaciones sanitarias y al progresivo envejecimiento de la población, pues el aumento de la proporción de personas mayores supondrá en el futuro una gran presión al alza sobre el gasto sanitario. Por otra parte, sería conveniente que el modelo diseñado por la Ley General de Sanidad fuera puesto en práctica por igual en todas las comunidades autónomas, y que se diseñara un sistema de financiación lo más equitativo posible para evitar que se produjeran nuevas desigualdades entre la población. Desde luego, no son éstos los únicos problemas a los que se enfrenta la sanidad pública en el futuro y existen muchos aspectos que requieren atención, entre los que la reducción de las listas de espera, la mejora de la asistencia psiquiátrica y la reorganización de la atención primaria se muestran como más urgentes en estos momentos.

Finalmente y en lo relativo a los servicios sociales, la comparación con los países del norte y centro de Europa es clara: en España y en el resto de los países del sur esta faceta de la política social está menos desarrollada. Cabe resaltar aquí el papel que están realizando las familias españolas como proveedoras de servicios sociales asistenciales y de servicios de bienestar en general. En este sentido hay que preguntarse hasta cuándo podrán seguir haciéndolo, así como hasta qué punto están dispuestas a que se mantenga la situación. Es muy probable que, en distintos grados, la institución familiar cumpla una función similar en los países del sur de Europa, que comparten con España evoluciones sociales y políticas similares junto con tradiciones culturales también parecidas. En el caso de que una investigación futura fuera concluyente en este aspecto, cabría entonces añadirlo a la lista de las características que por una lado comparten y por otro diferencian a los países del sur de Europa con respecto a sus vecinos situados más al norte.

REFERENCIAS

Aguilar, M. et al. (1994) "Las rentas mínimas de inserción de las Comunidades Autónomas". Documentación Social, nº 96, julio-septiembre, pp. 201-223.

Ayala Cañón, L. (1994) "Los sistemas generales de rentas mínimas en Europa: logros límites y alternativas". Documentación Social, nº 96, julio-septiembre, pp. 223-277.

Boletín CIRES (mayo 1994) Las demandas sociales de bienestar.

Casado, D. (1992) "Política española concerniente a la discapacidad", en Política social y estado del bienestar. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

CES, Consejo Económico y Social (1995) España 1994. Economía, trabajo y sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. Madrid: CES.

CIRES (1994) La realidad social en España 1992-1993. Barcelona: Ediciones B.

Comisión Europea (1994) La protección social en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

CCOO. Departamento Confederal de Política Comunitaria (1991) "La política social de la Comunidad Europea". Documentación Social, nº 91, pp.157-170.

INE, Instituto Nacional de Estadística (1986) Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías. Madrid: INE.

FEDEA, Fundación de Estudios de Economía aplicada (1995) "Los problemas de la sanidad pública en España: una encuesta rápida entre los expertos en economía de la salud". Textos Express, 95-01, junio.

Ferrera, M. (1996) "The Southern Welfare States in Social Europe". Journal of European Social Policy. En prensa.

Freire Campo, J.M. (1993) "Cobertura sanitaria y equidad en España". I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza. Fundación Argentaria. Madrid, 24-28 de mayo.

Fundación FOESSA (1994) V Informe sociológico sobre la situación social en España. Madrid: FOESSA.

González de los Cobos, F.J. (1994) "La materia social en el Tratado de Maastricht", en España y el Tratado de la Unión Europea, ed. por C. Westendorp et al. Ed. Colex.

Guillemard, A.M. (1993) "Perspectivas europeas sobre las políticas de la vejez", en Intercambio social y desarrollo del bienestar, ed. por Luis Moreno. Madrid: CSIC.

Libro Verde (1993) Política social europea. Opciones para la Unión. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Libro Blanco (1994) La política social europea. Un paso adelante para la Unión. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Linares Márquez, E. (1995) "Rentas mínimas en España: presente y futuro". Cáritas. Suplemento nº 203, febrero, pp. 17-28.

Marcos Fernández, F. (1992) "La Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales". Boletín de Información sobre las Comunidades Europeas, nº 42, pp. 17-35.

Ministerio de Asuntos Sociales (1993) Indicadores de protección social. Servicios sociales y programas de igualdad durante el periodo 1982-1992. Madrid: Ministerio de

Ministerio de Asuntos Sociales (1989) Prestaciones y servicios para personas con minusvalía Asuntos Sociales en los países de la CE

Munday, B. (ed.) (1994): European Social Services. Kent: University of Kent.

OCDE (1994) The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries. París: OCDE.

Pérez de los Cobos, F. (1994) El derecho social comunitario en el Tratado de la Unión Europea. Madrid: Civitas.

Programa de acción social a medio plazo (1995-1997). Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas.

Proyecto de Informe elaborado por la Ponencia para el análisis de los problemas estructurales del sistema de la Seguridad Social y de las principales reformas que deberán acometerse (1995). Madrid: Congreso de los Diputados,

Subirats, J. (1995) "Políticas sociales del estado del bienestar. Entre la continuidad y el cambio". Boletín Informativo. Fundación Juan March, nº 249, abril, pp. 3-10.

Valiente, C. (1995a) "Children First: Central Government Child Care Policies in Post-Authoritarian Spain (1975-1994)", en Childhood and Parenthood, ed. por Julia Brannen y Margaret O'Brien. Universidad de Londres: Instituto de Educación.

Valiente, C. (1995b) "Rejecting the Past: Central Government and Family Policy in Post-Authoritarian Spain (1975-1994)", en The Family in Social Policy and Family Policy, ed. por Linda Hantrais y Marie-Thérèse Letablier. Cross-National Research Papers 4 (3), pp. 80-96.

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
RELACIÓN DE DOCUMENTOS DE TRABAJO:

- Doc. 001/88 JUAN A. VAZQUEZ GARCIA.- Las intervenciones estatales en la minería del carbón.
- Doc. 002/88 CARLOS MONASTERIO ESCUDERO.- Una valoración crítica del nuevo sistema de financiación autonómica.
- Doc. 003/88 ANA ISABEL FERNANDEZ ALVAREZ; RAFAEL GARCIA RODRIGUEZ; JUAN VENTURA VICTORIA.- Análisis del crecimiento sostenible por los distintos sectores empresariales.
- Doc. 004/88 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- Una propuesta para la integración multijurisdiccional.
- Doc. 005/89 LUIS JULIO TASCÓN FERNANDEZ; JOSE MANUEL DIEZ MODINO.- La modernización del sector agrario en la provincia de León.
- Doc. 006/89 JOSE MANUEL PRADO LORENZO.- El principio de gestión continuada: Evolución e implicaciones.
- Doc. 007/89 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- El gasto público del Ayuntamiento de Oviedo (1982-88).
- Doc. 008/89 FELIX LOBO ALEU.- El gasto público en productos industriales para la salud.
- Doc. 009/89 FELIX LOBO ALEU.- La evolución de las patentes sobre medicamentos en los países desarrollados.
- Doc. 010/90 RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES.- Investigación de las preferencias del consumidor mediante análisis de conjunto.
- Doc. 011/90 ANTONIO APARICIO PEREZ.- Infracciones y sanciones en materia tributaria.
- Doc. 012/90 MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ; CONCEPCION GONZALEZ VEIGA.- Una aproximación metodológica al estudio de las matemáticas aplicadas a la economía.
- Doc. 013/90 EQUIPO MECO.- Medidas de desigualdad: un estudio analítico
- Doc. 014/90 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- Una estimación de las necesidades de gastos para los municipios de menor dimensión.
- Doc. 015/90 ANTONIO MARTINEZ ARIAS.- Auditoría de la información financiera.
- Doc. 016/90 MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ.- La población como variable endógena
- Doc. 017/90 JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- La redistribución local en los países de nuestro entorno.
- Doc. 018/90 RODOLFO GUTIERREZ PALACIOS; JOSE MARIA GARCIA BLANCO.- "Los aspectos invisibles" del declive económico: el caso de Asturias.
- Doc. 019/90 RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES; JUAN TRESPALACIOS GUTIERREZ.- La política de precios en los establecimientos detallistas.
- Doc. 020/90 CANDIDO PAÑEDA FERNANDEZ.- La demarcación de la economía (seguida de un apéndice sobre su relación con la Estructura Económica).

- Doc. 021/90 JOAQUIN LORENCES.- Margen precio-coste variable medio y poder de monopolio.
- Doc. 022/90 MANUEL LAFUENTE ROBLEDO; ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.- El T.A.E. de las operaciones bancarias.
- Doc. 023/90 ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.- Amortización y coste de préstamos con hojas de cálculo.
- Doc. 024/90 LUIS JULIO TASCÓN FERNÁNDEZ; JEAN-MARC BUIGUES.- Un ejemplo de política municipal: precios y salarios en la ciudad de León (1613-1813).
- Doc. 025/90 MYRIAM GARCIA OLALLA.- Utilidad de la teorías de las opciones para la administración financiera de la empresa.
- Doc. 026/91 JOAQUIN GARCIA MURCIA.- Novedades de la legislación laboral (octubre 1990 - enero 1991)
- Doc. 027/91 CANDIDO PAÑEDA.- Agricultura familiar y mantenimiento del empleo: el caso de Asturias.
- Doc. 028/91 PILAR SAENZ DE JUBERA.- La fiscalidad de planes y fondos de pensiones.
- Doc. 029/91 ESTEBAN FERNÁNDEZ SANCHEZ.- La cooperación empresarial: concepto y tipología (*)
- Doc. 030/91 JOAQUIN LORENCES.- Características de la población parada en el mercado de trabajo asturiano.
- Doc. 031/91 JOAQUIN LORENCES.- Características de la población activa en Asturias.
- Doc. 032/91 CARMEN BENAVIDES GONZALEZ.- Política económica regional
- Doc. 033/91 BENITO ARRUÑADA SANCHEZ.- La conversión coactiva de acciones comunes en acciones sin voto para lograr el control de las sociedades anónimas: De cómo la ingenuidad legal prefigura el fraude.
- Doc. 034/91 BENITO ARRUÑADA SANCHEZ.- Restricciones institucionales y posibilidades estratégicas.
- Doc. 035/91 NURIA BOSCH; JAVIER SUAREZ PANDIELLO.- Seven Hypotheses About Public Chjoice and Local Spending. (A test for Spanish municipalities).
- Doc. 036/91 CARMEN FERNÁNDEZ CUERVO; LUIS JULIO TASCÓN FERNÁNDEZ.- De una olvidada revisión crítica sobre algunas fuentes histórico-económicas: las ordenanzas de la gobernación de la cabecera.
- Doc. 037/91 ANA JESUS LOPEZ; RIGOBERTO PEREZ SUAREZ.- Indicadores de desigualdad y pobreza. Nuevas alternativas.
- Doc. 038/91 JUAN A. VAZQUEZ GARCIA; MANUEL HERNÁNDEZ MUÑIZ.- La industria asturiana: ¿Podemos pasar la página del declive?.
- Doc. 039/92 INES RUBIN FERNÁNDEZ.- La Contabilidad de la Empresa y la Contabilidad Nacional.
- Doc. 040/92 ESTEBAN GARCIA CANAL.- La Cooperación interempresarial en España: Características de los acuerdos de cooperación suscritos entre 1986 y 1989.
- Doc. 041/92 ESTEBAN GARCIA CANAL.- Tendencias empíricas en la conclusión de acuerdos de cooperación.
- Doc. 042/92 JOAQUIN GARCIA MURCIA.- Novedades en la Legislación Laboral.

- Doc. 043/92 **RODOLFO VAZQUEZ CASIELLES.-** El comportamiento del consumidor y la estrategia de distribución comercial: Una aplicación empírica al mercado de Asturias.
- Doc. 044/92 **CAMILO JOSE VAZQUEZ ORDAS.-** Un marco teórico para el estudio de las fusiones empresariales.
- Doc. 045/92 **CAMILO JOSE VAZQUEZ ORDAS.-** Creación de valor en las fusiones empresariales a través de un mayor poder de mercado.
- Doc. 046/92 **ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.-** Influencia relativa de la evolución demográfica en el futuro aumento del gasto en pensiones de jubilación.
- Doc. 047/92 **ISIDRO SANCHEZ ALVAREZ.-** Aspectos demográficos del sistema de pensiones de jubilación español.
- Doc. 048/92 **SUSANA LOPEZ ARES.-** Marketing telefónico: concepto y aplicaciones.
- Doc. 049/92 **CESAR RODRIGUEZ GUTIERREZ.-** Las influencias familiares en el desempleo juvenil.
- Doc. 050/92 **CESAR RODRIGUEZ GUTIERREZ.-** La adquisición de capital humano: un modelo teórico y su contrastación.
- Doc. 051/92 **MARTA IBAÑEZ PASCUAL.-** El origen social y la inserción laboral.
- Doc. 052/92 **JUAN TRESPALACIOS GUTIERREZ.-** Estudio del sector comercial en la ciudad de Oviedo.
- Doc. 053/92 **JULITA GARCIA DIEZ.-** Auditoría de cuentas: su regulación en la CEE y en España. Una evidencia de su importancia.
- Doc. 054/92 **SUSANA MENENDEZ REQUEJO.-** El riesgo de los sectores empresariales españoles: rendimiento requerido por los inversores.
- Doc. 055/92 **CARMEN BENAVIDES GONZALEZ.-** Una valoración económica de la obtención de productos derivados del petróleo a partir del carbón
- Doc. 056/92 **IGNACIO ALFREDO RODRIGUEZ-DEL BOSQUE RODRIGUEZ.-** Consecuencias sobre el consumidor de las actuaciones bancarias ante el nuevo entorno competitivo.
- Doc. 057/92 **LAURA CABIEDES MIRAGAYA.-** Relación entre la teoría del comercio internacional y los estudios de organización industrial.
- Doc. 058/92 **JOSE LUIS GARCIA SUAREZ.-** Los principios contables en un entorno de regulación.
- Doc. 059/92 **M^a JESUS RIO FERNANDEZ; RIGOBERTO PEREZ SUAREZ.-** Cuantificación de la concentración industrial: un enfoque analítico.
- Doc. 060/94 **M^a JOSE FERNANDEZ ANTUÑA.-** Regulación y política comunitaria en materia de transportes.
- Doc. 061/94 **CESAR RODRIGUEZ GUTIERREZ.-** Factores determinantes de la afiliación sindical en España.
- Doc. 062/94 **VICTOR FERNANDEZ BLANCO.-** Determinantes de la localización de las empresas industriales en España: nuevos resultados.

- Doc. 063/94 **ESTEBAN GARCIA CANAL.**- La crisis de la estructura multidivisional.
- Doc. 064/94 **MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ; EMILIO COSTA REPARAZ.**- Metodología de la investigación econométrica.
- Doc. 065/94 **MONTSERRAT DIAZ FERNANDEZ; EMILIO COSTA REPARAZ.**- Análisis Cualitativo de la fecundidad y participación femenina en el mercado de trabajo.
- Doc. 066/94 **JOAQUIN GARCIA MURCIA.**- La supervisión colectiva de los actos de contratación: la Ley 2/1991 de información a los representantes de los trabajadores.
- Doc. 067/94 **JOSE LUIS GARCIA LAPRESTA; M^a VICTORIA RODRIGUEZ URÍA.**- Coherencia en preferencias difusas.
- Doc. 068/94 **VICTOR FERNANDEZ; JOAQUIN LORENCES; CESAR RODRIGUEZ.**- Diferencias interterritoriales de salarios y negociación colectiva en España.
- Doc. 069/94 **M^a DEL MAR ARENAS PARRA; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.**- Programación clásica y teoría del consumidor.
- Doc. 070/94 **M^a DE LOS ÁNGELES MENÉNDEZ DE LA UZ; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.**- Tantos efectivos en los empréstitos.
- Doc. 071/94 **AMELIA BILBAO TEROL; CONCEPCIÓN GONZÁLEZ VEIGA; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.**- Matrices especiales. Aplicaciones económicas.
- Doc. 072/94 **RODOLFO GUTIÉRREZ.**- La representación sindical: Resultados electorales y actitudes hacia los sindicatos.
- Doc. 073/94 **VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.**- Economías de aglomeración y localización de las empresas industriales en España.
- Doc. 074/94 **JOAQUÍN LORENCES RODRÍGUEZ; FLORENTINO FELGUEROSO FERNÁNDEZ.**- Salarios pactados en los convenios provinciales y salarios percibidos.
- Doc. 075/94 **ESTEBAN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ; CAMILO JOSÉ VÁZQUEZ ORDÁS.**- La internacionalización de la empresa.
- Doc. 076/94 **SANTIAGO R. MARTÍNEZ ARGÜELLES.**- Análisis de los efectos regionales de la terciarización de ramas industriales a través de tablas input-output. El caso de la economía asturiana.
- Doc. 077/94 **VÍCTOR IGLESIAS ARGÜELLES.**- Tipos de variables y metodología a emplear en la identificación de los grupos estratégicos. Una aplicación empírica al sector detallista en Asturias.
- Doc. 078/94 **MARTA IBÁÑEZ PASCUAL; F. JAVIER MATO DÍAZ.**- La formación no reglada a examen. Hacia un perfil de sus usuarios.
- Doc. 079/94 **IGNACIO A. RODRÍGUEZ-DEL BOSQUE RODRÍGUEZ.**- Planificación y organización de la fuerza de ventas de la empresa.
- Doc. 080/94 **FRANCISCO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ.**- La reacción del precio de las acciones ante anuncios de cambios en los dividendos.

- Doc. 081/94 **SUSANA MENÉNDEZ REQUEJO.-** Relaciones de dependencia de las decisiones de inversión, financiación y dividendos.
- Doc. 082/95 **MONTSERRAT DÍAZ FERNÁNDEZ; EMILIO COSTA REPARAZ; M^a del MAR LLORENTE MARRÓN.-** Una aproximación empírica al comportamiento de los precios de la vivienda en España.
- Doc. 083/95 **M^a CONCEPCIÓN GONZÁLEZ VEIGA; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.-** Matrices semipositivas y análisis interindustrial. Aplicaciones al estudio del modelo de Sraffa-Leontief.
- Doc. 084/95 **ESTEBAN GARCÍA CANAL.-** La forma contractual en las alianzas domésticas e internacionales.
- Doc. 085/95 **MARGARITA ARGÜELLES VÉLEZ; CARMEN BENAVIDES GONZÁLEZ.-** La incidencia de la política de la competencia comunitaria sobre la cohesión económica y social.
- Doc. 086/95 **VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.-** La demanda de cine en España. 1968-1992.
- Doc. 087/95 **JUAN PRIETO RODRÍGUEZ.-** Discriminación salarial de la mujer y movilidad laboral.
- Doc. 088/95 **M^a CONCEPCIÓN GONZÁLEZ VEIGA.-** La teoría del caos. Nuevas perspectivas en la modelización económica.
- Doc. 089/95 **SUSANA LÓPEZ ARES.-** Simulación de fenómenos de espera de capacidad limitada con llegadas y número de servidores dependientes del tiempo con hoja de cálculo.
- Doc. 090/95 **JAVIER MATO DÍAZ.-** ¿Existe sobrecualificación en España?. Algunas variables explicativas.
- Doc. 091/95 **M^a JOSÉ SANZO PÉREZ.-** Estrategia de distribución para productos y mercados industriales.
- Doc. 092/95 **JOSÉ BAÑOS PINO; VÍCTOR FERNÁNDEZ BLANCO.-** Demanda de cine en España: Un análisis de cointegración.
- Doc. 093/95 **M^a LETICIA SANTOS VIJANDE.-** La política de marketing en las empresas de alta tecnología.
- Doc. 094/95 **RODOLFO VÁZQUEZ CASIELLES; IGNACIO RODRÍGUEZ-DEL BOSQUE; AGUSTÍN RUÍZ VEGA.-** Expectativas y percepciones del consumidor sobre la calidad del servicio. Grupos estratégicos y segmentos del mercado para la distribución comercial minorista.
- Doc. 095/95 **ANA ISABEL FERNÁNDEZ; SILVIA GÓMEZ ANSÓN.-** La adopción de acuerdos estatutarios antiadquisición. Evidencia en el mercado de capitales español.
- Doc. 096/95 **ÓSCAR RODRÍGUEZ BUZNEGO.-** Partidos, electores y elecciones locales en Asturias. Un análisis del proceso electoral del 28 de Mayo.
- Doc. 097/95 **ANA M^a DÍAZ MARTÍN.-** Calidad percibida de los servicios turísticos en el ámbito rural.
- Doc. 098/95 **MANUEL HERNÁNDEZ MUÑIZ; JAVIER MATO DÍAZ; JAVIER BLANCO GONZÁLEZ.-** Evaluating the impact of the European Regional Development Fund: methodology and results in Asturias (1989-1993).

- Doc. 099/96 **JUAN PRIETO; M^a JOSÉ SUÁREZ.-** ¿De tal palo tal astilla?: Influencia de las características familiares sobre la ocupación.
- Doc. 100/96 **JULITA GARCÍA DÍEZ; RACHEL JUSSARA VIANNA.-** Estudio comparativo de los principios contables en Brasil y en España.
- Doc. 101/96 **FRANCISCO J. DE LA BALLINA BALLINA.-** Desarrollo de campañas de promoción de ventas.
- Doc. 102/96 **ÓSCAR RODRÍGUEZ BUZNEGO.-** Una explicación de la ausencia de la Democracia Cristiana en España.
- Doc. 103/96 **CÁNDIDO PAÑEDA FERNÁNDEZ.-** Estrategias para el desarrollo de Asturias.
- Doc. 104/96 **SARA M^a ALONSO; BLANCA PÉREZ GLADISH; M^a VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA.-** Problemas de control óptimo con restricciones: Aplicaciones económicas.
- Doc. 105/96 **ANTONIO ÁLVAREZ PINILLA; MANUEL MENÉNDEZ MENÉNDEZ; RAFAEL ÁLVAREZ CUESTA.-** Eficiencia de las Cajas de Ahorro españolas. Resultados de una función de beneficio.
- Doc. 106/96 **FLORENTINO FELGUEROSO.-** Industrywide Collective Bargaining, Wages Gains and Black Labour Market in Spain.
- Doc. 107/96 **JUAN VENTURA.-** La competencia gestionada en sanidad: Un enfoque contractual
- Doc. 108/96 **MARÍA VICTORIA RODRÍGUEZ URÍA; ELENA CONSUELO HERNÁNDEZ.-** Elección social. Teorema de Arrow.
- Doc. 109/96 **SANTIAGO ÁLVAREZ GARCÍA.-** Grupos de interés y corrupción política: La búsqueda de rentas en el sector público.
- Doc. 110/96 **ANA M^a GUILLÉN.-** La política de previsión social española en el marco de la Unión Europea.
- Doc. 111/96 **VÍCTOR MANUEL GONZÁLEZ MÉNDEZ.-** La valoración por el mercado de capitales español de la financiación bancaria y de las emisiones de obligaciones.