

LES POLÍTIQUES DE BENESTAR I LA SEVA SOSTENIBILITAT^(#)

Guillem López-Casasnovas.

Universitat Pompeu Fabra

INTRODUCCIÓ

La tasca d'analitzar les polítiques públiques (orientació, efectivitat i sostenibilitat del seu finançament) no és senzilla, tot i que força necessària a la vista del pes que ha abastit el sector públic a la majoria de les economies occidentals. Moltes vegades això no sembla ser suficientment assumit per bona part dels estudiosos de l'economia, que obliden la importància de la mà visible del poder públic més enllà de la mà invisible 'smithiana' en el maneig, interferència i reassignació, de gairebé la meitat de tota la renda i riquesa generada pel país en un moment donat¹. Tot això es tradueix en una creixent pressió fiscal suportada pel conjunt de l'economia. Les falques fiscals amb això creades, com que afecten els costos, incideixen en la competitivitat internacional de la nostra economia, en la inflació i així en els salaris i remuneracions reals de la població. Alguns adduiran que els nivells de pressió fiscal i despesa pública espanyols, en comparació d'altres països occidentals, no són relativament alts. Obliden aquests que en economies d'alt rendiment és la dinàmica de preus la que influencia la competitivitat més que no els seus nivells relatius. En qualsevol cas, per al lector escèptic, alta o baixa la pressió fiscal, no ha d'haver dubtes sobre la importància de polítiques públiques ben dissenyades i d'un sector públic eficient com a plataforma per al creixement econòmic d'un país.

(#) – Vull agrair a Biel Ferragut i Ana Mosterin l'excel·lent ajut en les parts empíriques d'aquest treball, així com els comentaris del dr. Joan Subirats i del consell editor d'aquesta publicació. L'anàlisi forma part d'un estudi més ampla sobre els efectes de l'envelliment sobre la política social, emparat per l'ajut del MEC-CICYT SEC2003-05045.

¹ Això és almenys el que reflecteix el creixent pes de la despesa consolidada de les AA.PP. en el nostre país, al que cabria afegir el resultat de la resta de la intervenció pública no administrativa en l'economia, per mitjà de la regulació imposada al sector privat, i la del sector públic empresarial, que encara que minoritari, esdevé important.

I.- ELS REFERENTS DE L'ANÀLISI

A l'hora d'analitzar la relació entre objectius teòrics i resultats efectius de les polítiques públiques, si alguna cosa s'observa són 'bretxes' entre el que podria ser l'impacte de la política dissenyada i el que és la realitat, en raó als múltiples factors que l'envolten i condicionen aquella. En breu, bretxes el disseny de les polítiques públiques i l'acció concreta, entre les intervencions i la seva avaluació, i entre aquestes i la gestió pública quotidiana.

Dit això, els ponts a transitar per a assolir la millora no estan exempts de controvèrsia. Per exemple, a vegades, a la vista de l'ambigüitat o mancança de definició d'objectius polítics respecte de l'esforç en quantificar resultats concrets, o a la relativa heterogeneïtat dels supòsits contemplats com per a no permetre la seva comparació (benchmarking). D'altra banda, no hi ha dubte que la multidimensionalitat de les accions per a objectius com els formulats sovint a les polítiques públiques (contra l'exclusió, per a la inserció laboral, la reconciliació de la vida familiar...) és molt important, tant com són rellevants les trajectòries personals dels seus beneficiaris, a la vista dels condicionaments objectius que s'associen a cada cas concret. Això exigeix creativitat i innovació en les polítiques, des de la seva definició fins a la seva execució, en clau de intervencions diferenciades, flexibles i tendencialment personalitzades. Els mecanismes de presa de decisió han d'afavorir aquesta diversificació i adaptació al destinatari, i el treball posterior en xarxa, quan calgui, així com la seva avaluació.

En qualsevol cas, aquesta visió integrada ha de permetre una 'funció de producció' d'atenció a les necessitats socials, més coordinada (els anomenats balanços assistencials, sigui qui sigui qui els proveeixi), i amb serveis més 'a la carta', a la vista dels factors que les generen².

A més, els instruments de l'acció pública al servei del benestar de la gent, s'haurien de contemplar amb graus de flexibilitat superiors als actuals en l'elaboració de les

² - Per exemple, l'eficax tractament antituberculós des de la sanitat no és efectiu (erradicador) de la malaltia si no es manté a casa un hàbitat acceptable i bons costums alimentaris, i això és molt difícil per a qui no té accés a l'habitatge, tot i que consumeixi els serveis sanitaris pertinents. Podríem reconèixer en igual sentit que cal un mínim d'higiene per a accedir al mercat de treball, com s'ha posat de manifest en una recent controvèrsia a Alemanya, que els embarassos no volguts estan a darrera de la pobresa, especialment de les famílies monoparentals, que això provoca el deteriorament del benestar dels nens, del seu capital a futur, i de la precarietat present del benestar conjunt (de qui viu marginat o de qui acaba delinquent)...

estratègies concretes: així entre la regulació i la provisió pública directa: la primera força un resultat traslladant el cost del seu compliment a l'usuari (ull: no al contribuent necessàriament); entre la provisió en espècie i la transferència monetària (amb distinta capacitat d'elecció); entre la subvenció condicionada o no, ja via despesa directa o via despesa fiscal (per exemple, en la millora de l'accés dels joves al mercat de l'habitatge, a través de la desgravació fiscal recentment formulada de les rendes dels lloguers percebudes pels arrendadors, a través de la subvenció al tipus d'interès hipotecari, les despeses fiscals als compradors, la posta a disposició de sòl públic, o directament d'habitatges de protecció social). A més, en tots aquests casos, els criteris d'elegibilitat (qui te dret a què) es poden modular amb més o menys flexibilitat segons quin sigui l'instrument utilitzat, així a la prova de mitjans (qui s'ho pot pagar, amb quins límits, sota quins criteris) i de necessitats (com a expressió també de l'esforç individual fet per aconseguir-ho), o en la seva incidència redistributiva desitjada (a la vista del balanç impostos-preus, suportats).

Finalment, voldríem apuntar que a l'anàlisi del camp que ens ocupa 'més no és sempre sinònim de millor'³. No te sentit valorar com a més desitjable una despesa social en termes de PIB més elevada, quan aquesta efectivament es pot deure tant a un PIB relatiu més baix (sens dubte reflex d'un benestar social inferior, malgrat suposar una rati més elevada), o quan es produeix per una despesa més alta en tots aquells àmbits contracíclics als que l'estat es veu obligat a compensar: més atur, més rendes de reinserció, més famílies monoparentals sota subsidis, més necessitat de política d'habitatge pel descontrol del mercat immobiliari privat, etc.. Ni a la dimensió temporal ni a l'estàtica comparativa, jutjar uns majors nivells de despesa social /PIB com a indicadors de major benestar sostreu l'error. Particularment si això es fa, com hem vist, des d'una perspectiva departamentalitzada, competencialment segmentada, sense coordinació ni avaluació de resultats, i amb una visió de que el que no es tradueix en pressupost públic no es rellevant; com si la societat fos l'estat, com si el benestar fos els dels treballadors del mateix estat, més que no un estat de benestar al servei de la Societat del benestar.

³ - Vegi's G. López Casasnovas L'estat de benestar: Reflexió per a encarar-ne el futur *Nota d'Economia* nú 85 2n quadrimestre, 2006.

- Introducció: La despesa social

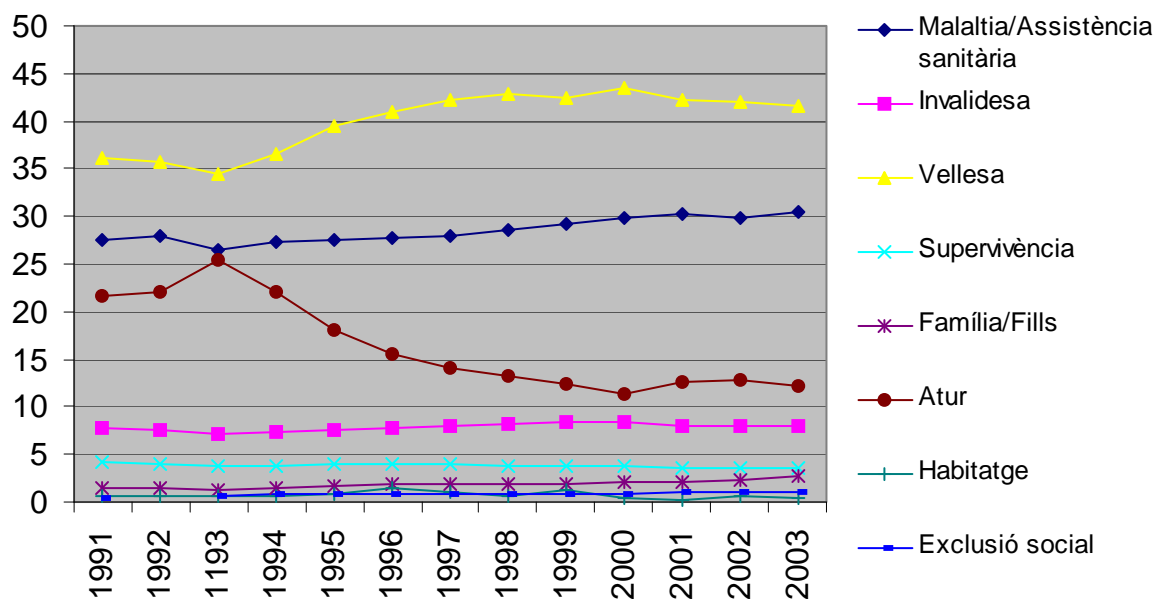
La despesa social és la partida més important del pressupost públic. De la despesa pública finançada a Espanya, la meitat, a grans trets, és despesa social. A l'hora de replantejar la distribució d'aquests recursos hem de recordar quina part d'aquesta despesa respon a polítiques discrecionals en el curt termini (p.e. construcció de més o menys habitatge social, més o menys inversió en educació) que poden així ser o no ser sensibles als canvis poblacionals, mentre que altra part és 'herència del passat' (drets meritats per llei, despeses operatives recurrents) que es mou de manera paral·lela a l'envelliment de la població, oferint per tant menors i més difícils marges de correcció. En aquestes circumstàncies, en absència de correcció dels continguts de les polítiques públiques, existeix el perill que davant una congelació dels recursos públics, aquesta última part generi un efecte expulsió o substitució sobre la primera, afectant d'aquesta manera l'equilibri intergeneracional vigent en els nostres estats de benestar⁴.

Val a dir en qualsevol cas que la definició de despesa social admet diferents vessants: des de la tradicional classificació funcional de la despesa de les Administracions públiques, que inclou partides com l'educació, cultura, a més de, habitatge, sanitat etc. (producció de bens públics de caràcter social), que no se inclouen al que delimita com a protecció social el SEPROS per a l'Eurostat en termes de invalidesa, atur, vellesa, exclusió social, família, atur, supervivència. També s'ha de ser curós amb la unitat d'anàlisi considerada (serveis socials, sanitaris, educatius) a la vista dels múltiples agents que hi intervenen (Corporacions locals, estatals i autonòmiques) i segons s'hagi consolidat o no la despesa en el territori, sigui quina sigui la unitat orgànica de ingrés o despesa.

Les últimes dades agregades de situació relativa per funcions, en la seva dinàmica es recullen en el quadre adjunt, en el que destaca la importància de l'increment relatiu del pes de les pensions, l'afortunadament pèrdua de presència del subsidi d'atur i l'estancament a nivells molt baixos de les polítiques de família en general.

⁴ - Vegi's G. López Casasnovas i Ana Mosterín 'El gasto social ante la evolución demográfica: el papel de las políticas públicas en la redistribución intergeneracional'. *Nota d'Economia* 85 2n quadrimestre, 2006.

Evolució de les partides de despesa social a Catalunya 1991–2003 en % de la despesa total



FONT: Institut Català de Estadística

Al quadre següent es pot comprovar l'evolució dels Comptes de la protecció social a Catalunya al llarg dels anys 1991, 1995, 1998, 2003. S'observen fluctuacions petites que tenen a veure possiblement amb l'evolució del denominador, però que en cap cas semblen detectar increments de participació de despesa importants. Així mateix s'observa una disminució relativa del pes de les prestacions monetàries respecte de les fetes en espècie, tot i que les primeres, vinculades a les pensions, son majoritàries⁵.

⁵ Val a dir que existeixen diferències entre el SEEPROS i la comptabilitat nacional: a) En quant a la protecció social, la comptabilitat nacional no identifica la protecció social com a tal i només defineix prestacions i cotitzacions socials. En aquest punt es donen tres discrepàncies entre els dos sistemes: i) a diferència del SEEPROS, la definició de prestacions socials de la comptabilitat nacional inclou la funció educació; ii) la definició de prestacions socials del SEEPROS cobreix tant transferències corrents com de capital, mentre que la comptabilitat nacional es refereix només a transferències corrents, i iii) en contrast a la comptabilitat nacional, el SEEPROS registra com a forma de protecció certes reduccions d'impostos i altres exaccions obligatòries a càrrec de les llars quan reuneixen les següents condicions: responen a la definició general de protecció social, es concedeixen com assignacions uniformes, les prestacions es paguen en diners quan la renda imposable de la llar amb dret a aquesta, és massa baixa per beneficiar-se d'una reducció; b) pel que fa a les unitats estadístiques, en el SEEPROS les operacions de protecció social es presenten com ingressos i despeses dels règims de protecció social. c) amb relació a les prestacions monetàries i en espècie, i) en el SEEPROS les prestacions en espècie poden ser atorgades per qualsevol règim, i ii) el SEEPROS no tracta les prestacions d'assistència social dirigides o rebudes de la resta del món com a prestacions monetàries.

d) i finalment, en el mode registre d'operacions: i) SEEPROS no segueix la comptabilitat nacional en la pràctica de repartir les cotitzacions de persones protegides entre pagaments per serveis d'assegurament i cotitzacions netes disponibles per al finançament de les prestacions en el cas de règims

Ingressos i despeses corrents per les principals categories de classificació. Comptes de protecció social. Distribució percentual i en % PIB.

	1991		1995		1998		2003	
		%PIB		%PIB		%PIB		%PIB
Total ingressos	11.981.577	18,6	16.207.739	19,5	18.344.908	18,4	27.090.831	19,4
cotitzacions socials	77,6		75		78,1		76,2	
aportacions de les administracions públiques	19,7		22,6		18,4		20,9	
altres ingressos	2,7		2,4		3,5		2,9	
Total despeses	12.134.804	18,8	16.302.326	19,6	18.103.393	18,2	24.966.378	17,9
prestacions de protecció social	97,8		97,6		97,6		97,9	
prestacions en efectiu	73		73,2		70,5		70,5	
prestacions en espècie	27		26,8		29,5		29,5	
despeses d'administració i altres despeses	2,2		2,4		2,4		2,1	

Font: Institut d'Estadística de Catalunya

Prestacions de protecció social com a percentatge del PIB. Per funcions.

	1999	2000	2001	2002	2003
Total despesa corrent	17,4	17,1	17,3	17,3	17,5
malaltia/assistència sanitària	5,1	5,1	5,2	5,2	5,3
discapacitació	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
vellesa	7,4	7,4	7,3	7,3	7,3
supervivència	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
família/fills	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5
atur	2,2	1,9	2,2	2,2	2,1
habitatge	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1
exclusió total	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Unitats: Tant per cent

Font: Institut d'Estadística de Catalunya. Comptes de la protecció social 1999-2003

A la comparació transversal internacional, es veu el menor el menor pes relatiu de les despeses en protecció social respecte del PIB a Espanya, i a Catalunya en particular, respecte d'altres països desenvolupats, amb una concentració relativa més gran (segon quadre adjunt per a UE 15 països any 2002) en pensions a les seves distintes modalitats, que no pas en malaltia o en polítiques de famílies.

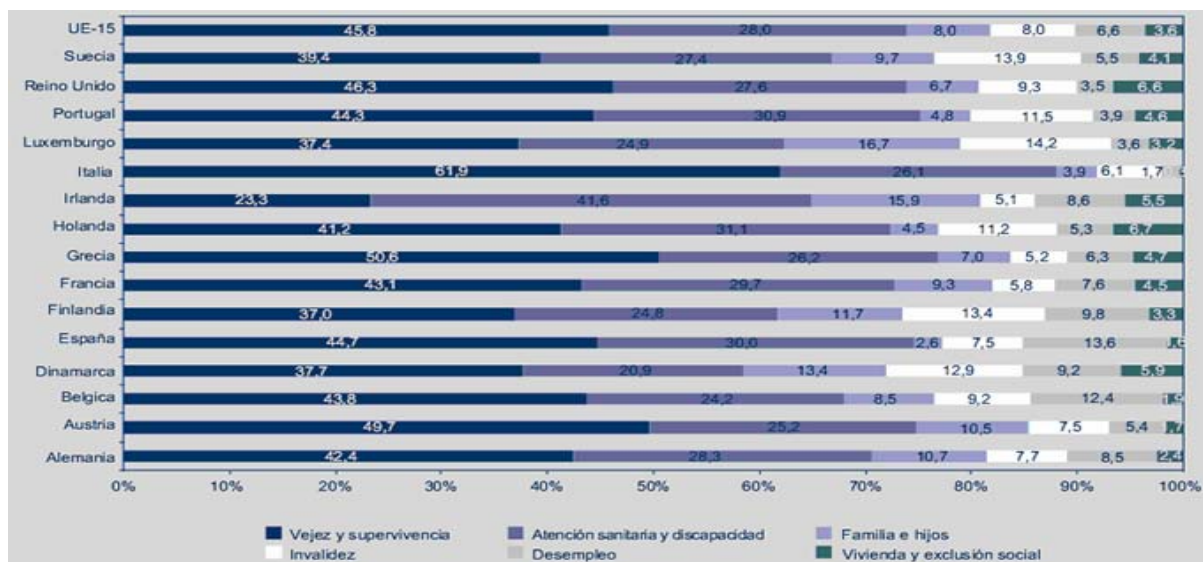
Despesa total en protecció social pel conjunt de la UE a 15 i a 25 països i entre estats, amb Catalunya com a una observació més, en % PIB. Anys 2003/04

autònoms dotats de fons privats, i ii) tampoc la segueix en la imputació de cotitzacions supletòries en respecte a aquests mateixos règims.

	eu25	eu15	be	dk	de	gr	es	fr	ie	it	lu	nl	at	pt	fi	se	uk	cat
2003	27.4p	27.7p	29.1	30.7	30.2	26.0	19.9p	30.9	16.5	25.8p	22.2	28.3	29.5	24.2	26.5	33.3	26.4p	17.9
2004	27.3*	27.6*	29.3	30.7	29.5p	26.0	20.0p	31.2p	17.0	26.1p	22.6p	28.5p	29.1	24.9p	26.7	32.9p	26.3*	

Font: Eurostat, Idescat
 (*) dades estimades
 p: dades provisionals

Distribució per funcions de la despesa en protecció social. UE-15, 2002.



Unitat percentatge sobre el total

Font: EUROSTAT, European Social Statistics. Social Protection Expenditure and Receipts. Data 1994-2002

A les seccions següents reflexionarem entorn de les quatre partides principals de despesa a les que es sol vincular l'estat de benestar: sanitat, educació, serveis socials (amb especial atenció aquí a la cobertura de la dependència) i habitatge. Sobre aquesta despesa social hi incideixen per suposat diferents factors com són la immigració⁶, l'envelliment o l'evolució del mercat de treball (pels seus efectes sobre els nous entrants i els aturats de llarga durada), que es podrien analitzar en si mateixos -cosa que no farem aquí malgrat la seva rellevància, excepte en la mesura que incideixen en aquelles funcions de despesa-, essent immigrants, vells, aturats i 'mileuristes', destinataris d'algunes d'aquelles polítiques públiques. Cada secció se n'ocuparà d'una d'aquelles àrees tot i que, com hem dit, la seva anàlisi si es comptés amb dades s'hauria de fer en termes de beneficiaris o destinataris finals de les polítiques, contemplant-les de manera global. Intentarem referenciar els canvis a les polítiques en la darrera dècada, recordant tant les normatives principals del procés amb el que s'elaboraren les polítiques com la seva dimensió quantitativa.

⁶ - Així, a P. Garcia Gómez y G. López Casasnovas Inmigración y Bienestar *Moneda y Crédito* Seg Epoca, no 222, pàgs. 79-124, 2006.

El text conclourà amb algunes reflexions a modus de resum.

II.-LES POLITIQUES EDUCATIVES

Recordem que en aquest àmbit de despesa correspon per una banda al Govern central l'exercici de les competències legislatives per a l'orientació del sistema educatiu, mentre que, per un altra, el govern català, des de les transferències de 1981, té atribuïdes les funcions administratives més concretes. Aquestes inclouen l'elaboració del mapa escolar, l'aprovació i supressió de centres docents, els concerts amb els centres privats i el professorat, entre d'altres, i així la gestió de la major part del pressupost destinat a educació a Catalunya.⁷

Són novetats legislatives importants del període, la 'Ley Orgánica de Calidad de la Educación' (LOCE) (d'Octubre del 2002), i l'obra duta a terme a favor d'una nova ordenació curricular dels cicles educatius d'educació preescolar, infantil, primària, secundària obligatòria i batxillerat per part del Govern de Catalunya, en el decurs del 2003. Aquesta darrera tasca fou endegada entre d'altres raons, per a intentar neutralitzar efectes no desitjats del desplegament de la LOCE pel que fa a una suposada pèrdua considerable de competències del govern de la Generalitat⁸. Recentment, l'establiment d'una tercera hora lectiva de llengüa castellana (desembre 2006) sembla haver resucitat la controvèrsia sobre la capacitat de regular centralment les competències autonòmiques.

En el camp específic de l'ensenyament professional remarcuem el Decret del 2004 pel qual es regula el Pla estatal de formació i inserció professional, seguint els propòsits de la Cimera de Lisboa, de març de l'any 2000, que argumentava sobre la necessitat de crear un espai europeu d'aprenentatge permanent a través de la implantació del programa de treball «Educació i formació 2010». També hi incideix a casa nostra

⁷ - El 2003, les Comunitats Autònomes (CC.AA.) van gestionar el 87,5% de la despesa pública educativa (88,4% a Catalunya), mentre que el Ministeri d'Educació i Ciència només el 4,0% (1,8% a Catalunya) –MEC (2006).

⁸ - Així mateix, convé deixar constància en el marc normatiu d'aquest període, del Decret 252/2004, que estableix el procediment d'admissió de l'alumnat als centres docents en els ensenyaments sufragats amb fons públics i el Decret de 23 de gener del 2004, pel qual es despleguen els aspectes educatius bàsics i organització dels ensenyaments d'educació preescolar, tot i determinant les condicions que hauran de reunir els centres d'educació vinculats a aquesta etapa.

l'Acord estratègic per a la internacionalització, la qualitat de l'ocupació i la competitivitat de l'economia catalana, amb mesures vinculades a la millor dotació de capital humà.

Irromp per últim en aquest nou marc legal el Pacte Nacional per a l'educació (març 2006), amb voluntat de ser l'embrió d'una futura llei catalana d'educació sota la consideració dels sistema educatiu finançat públicament com un únic sistema i, en conseqüència, amb l'equiparació dels centres (públics i privats) pel que fa a horaris, condicions econòmiques per a les famílies i condicions laborals per als treballadors.

Finalment, en el món universitari cal destacar en el període, la LIOU (Llei orgànica d'universitats, aprovada el 24-des-2001, i la LIUC (Llei d'universitats catalana), així com el Decret 1509/2005, pel qual s'estableix l'estructura dels ensenyaments universitaris i es regulen els estudis universitaris oficials de grau, i el de 21 de gener del mateix any, que regula els estudis universitaris oficials de postgrau.

Una primera descripció quantitativa del pes de les polítiques educatives ens diu que el 2004 la despesa en educació representava a Catalunya el 3.27 del PIB, configurada en dues terceres parts (2.14) per l'ensenyament no universitari i el 1.13 per l'universitari. D'aquell primer component (no universitari), el 92 % és despesa corrent i en les tres quartes parts dirigida als centres propis (la resta, una quarta part, és despesa de l'Administració en els centres concertats).

En el primer cicle infantil hi trobem el 42% de la despesa pública, i el 58% restant es destina a l'ensenyança secundària. Al voltant de 136 mil alumnes cursen aquest ensenyament en centres concertats, mentre que poc més de 204 mil ho fan a centres públics. Per a l'administració educativa catalana, el cost per alumne a un centre concertat li suposa al voltant de 3 mil euros l'any (2.938 l'any 2004 per ser exactes), no arribant al 60% del que li costa un alumne a un centre públic (5.453 €/per alumne/ any). Notis que això és el cost per a l'Administració: el diferencial pot tenir a veure amb aportacions addicionals que puguin fer els pares als centres concertats, major cost per programes amb continguts compensatoris diferents, tipus d'alumnat, una menor dispersió geogràfica i així una major densitat per classe que fa baixar els costos unitaris, diferencials de costos per hora treballada (altres que els salaris mitjans), productivitat, etc. En tot cas la xifra és prou important per a la seva consideració.

Els diferencials son igualment importants per a l'ensenyament primari, tant de primer com de segon cicle (en aquest últim cas, de nou amb un diferencial d'entorn d'un 40%,

pràcticament 3.000 € alumne/any a la concertada i 5.400 per al centre propi, l'any 2004).

DESPESA PÚBLICA PER ALUMNE PER TIPUS DE CENTRE DEL DEPARTAMENT D'EDUCACIÓ. 2004

Unitats: despesa total en milions d'euros, nombre d'alumnes i despesa per alumne en euros.

Centres públics	Despesa pública ⁹		Alumnes ¹⁰		Despesa per alumne	
	C. Propis ¹¹	C. Municipals	C. Propis ¹¹	C. Municipals	C. Propis ¹¹	C. Municipals
Infantil 1r cicle ¹¹	21,3	14,5	3.647,00	21.470	5.830,60	675,4
Infantil 2n cicle / Primària	1.027,60	-	342.686,00	-	2.998,50	-
Educació secundària ¹²	1.378,80	-	252.835,00	-	5.453,50	-
Centres concertats	Despesa pública		Alumnes		Despesa per alumne	
Infantil 1r cicle ¹¹	6,7		6.413		1.046,80	
Infantil 2n cicle / Primària	402,7		204.393		1.970,40	
Educació secundària ¹²	399,5		135.966		2.938,00	

Font: elaboració pròpia, dades del Departament d'Educació de la Generalitat

En general detectem a l'anàlisi una despesa en educació relativa al PIB que compara malament tant respecte d'altres CC.AA. com, i sobre tot, respecte de societats occidentals que compten amb un nivell de desenvolupament social similar al que avui te Catalunya. A continuació elaborarem la hipòtesis que hi ha al darrera d'aquest resultat.

⁹ Es reparteix la despesa liquidada del Departament d'Educació del 2003 entre 2/3 dels alumnes matriculats el curs 2003-04 més 1/3 dels alumnes matriculats el curs 2004-05.

¹⁰ El número d'alumnes 2004 s'obté com la suma de 2/3 dels alumnes matriculats el curs 2003-04 més 1/3 dels alumnes matriculats el curs 2004-05.

¹¹ La despesa pública del Departament d'Educació de la Generalitat en educació. infantil de 1er cicle es divideix entre la despesa en els 42 centres públics propis de la Generalitat, la resta de centres públics de la xarxa municipal, i els centres privats subvencionats. La despesa en centres públics de la xarxa municipal no incorpora la despesa pròpia de les administracions locals a escoles bressol. Així mateix, els centres privats concertats s'ha d'entendre que són llars d'infants privades subvencionades, ja que en la educació infantil de 1er cicle no hi ha concert.

¹² L'etapa de secundària inclou ESO, cicles formatius i batxillerat.

-Anàlisi: el referent poblacional versus la renda a l'avaluació de la despesa educativa

La despesa pública total en educació, en percentatge del PIB, per a l'any 2004, va ser a Catalunya, com hem dit, del 3.27% (un valor un 12% inferior a la mitjana estatal, d'acord amb *Education at Glance*, de l'OCDE). Això és en part degut a que el major nivell de PIB de la nostra comunitat fa baixar la ràtio, considerada respecte d'altres CC.AA, però és més difícilment justificable si fem la comparació amb països de la Unió Europea de desenvolupament econòmic similar. Aquest diferencial PIB, com veurem, serà una constant en matèria de despesa social. I és que sempre que es valori la despesa en termes de renda el finançament que la fa possible està lluny de representar un pes equivalent com a mínim al PIB de Catalunya. Efectivament, el finançament autonòmic segueix avui, en el millor dels casos, una transferència central basada en la població (total i/o escolar) i no un finançament vinculat als recursos propis de Catalunya (amb el PIB com a aproximació). Hom pot discutir la virtut d'aquest extrem últim, però no té sentit que aquells que propugnen un anivellament redistributiu estatal en aquesta matèria, basat en la població relativa i no en els recursos propis de la Comunitat, critiquin posteriorment el diferencial a la comparativa de ratis, tal com hem esmentat.

Si es considera la despesa pública per estudiant, l'any 2004, Catalunya va destinar quasibé 3 mil euros per alumne no universitari, i una xifra similar per al conjunt de l'educació infantil. Respecte al total de CC.AA., Catalunya ocupa el cinquè lloc en despesa universitària, però el tretzè en no universitària, tal com apunten Escardíbul i Calero (2006), lluny per tant del que es podria esperar d'una Comunitat desenvolupada com la catalana. Finalment, destaca negativament el reduït sistema de beques espanyol que, a més, ha patit una disminució els darrers anys: Així, la taxa de cobertura de les beques universitàries a Catalunya ha passat del 16%, l'any 1995, al 12% el 2002 (20% i 18%, respectivament, per al conjunt estatal) segons Escardíbul i Calero (ob cit).

QUADRE COMPARATIU ENTRE ALGUNES CC.AA. ESPANYOLES

	Mitjana estatal	Catalunya	Illes Balears	País Valencià	C. Forals
Despesa pública anual per alumne en educació no universitària (2002)	3.266 €	3.007	3.188	3.150	4.777
despesa pública anual per població 'escolaritzable' (2002)	3.107 €	2.903	3.054	2.971	5.209
percentatge de l'alumnat que als 12 anys ha completat					

l'Educació primària (Curs 1999-2000)	87.5	92	81.4	88.2	91.0
--------------------------------------	------	----	------	------	------

Font: Ministerio de Educación y Ciencia, extret de *Memoria Económico-Social* del Consejo Económico y Social de España, varis anys

Anàlisi de l'efectivitat del sistema educatiu català

Fetes les anteriors consideracions de despesa, per a l'anàlisi de l'eficàcia interna del sistema educatiu es poden considerar aquí dos aspectes: el fracàs escolar (i en certa mesura familiar, per allò de la responsabilització dels pares també en l'educació dels fills) i els resultats dels alumnes en l'avaluació internacional del *Programme for International Student Assessment* (PISA) de 2003. Respecte al primer aspecte, en el curs 2001-02, el percentatge d'alumnes que va finalitzar l'ESO sense graduar-se va ser del 23% a Catalunya (27% per al conjunt espanyol i el 20% a la UE). A més, l'any 2003, el 33% de joves entre 18 i 24 anys no va completar l'educació secundària superior ni va seguir cap tipus de formació (31% a Espanya), una xifra molt superior a la del conjunt de països de la UE-15.

Pel que fa als resultats del Informe PISA, destaquen negativament les pitjors puntuacions dels alumnes de 15 anys catalans i espanyols, comparats amb la mitjana OCDE, en totes les proves de l'avaluació (matemàtiques, comprensió lectora, comprensió científica i solució de problemes). En matemàtiques sobre una puntuació mitjana per a l'OCDE de 500, Catalunya es situa només lleugerament per sota seva, 494 punts, per sobre del conjunt estatal (485), però per sota d'altres CC.AA. analitzades – com son País Basc (502) i Castella i Lleó (503)– i lluny del país amb una puntuació més elevada (Finlàndia, amb 544). Val a dir aquí que si avaluació vol dir comparar per investigar i aprendre, comprovaríem que entre Finlàndia i Catalunya hi ha diferències explicatives fonamentals: així en el número d'analfabets en un lloc i en l'altre, sobretot a les generacions anteriors que altrament haurien de donar suport als seus fills. A Finlàndia, un 85% finalitza l'educació secundària; a Catalunya, com veiem, el 67%. Les diferències d'utilització d'internet com a suport complementari són també substancials. L'organització del sistema educatiu, els incentius, la satisfacció professional, etc., compten també de manera important. Per exemple, a Catalunya el 40% dels directors de centres escolars públics han d'ésser designats directament per la Generalitat ja que no es troben voluntaris vocacionals o fruit de l'acord intern dels equips dels centres.

En el seu conjunt, i des del punt de vista d'una evolució més llarga, l'anàlisi de la despesa en educació ofereix un quadre mixt. Entre 1992 i 2004 la despesa en educació ha de fet disminuït en proporció al PIB, de la qual cosa no és aliè com hem vist el finançament autonòmic; val a dir en tot cas que ha disminuït el nombre total d'estudiants. Per al conjunt d'Espanya, la despesa total en educació ha baixat del nivell de 1992, del 4,8% a l'actual 4,4% del PIB. En tot cas, una disminució de beneficiaris de gairebé un 18%, i de despesa en un 8%, permet un quadre de creixement efectiu en termes reals per destinatari¹³. Altrament, en formació professional ocupacional, les dades de despesa en termes de PIB no evolucionen tampoc de manera millor que per a la resta durant el període esmentat. La despesa escolar sí que ha pujat si s'utilitza la ràtio de professors a alumnes com proxy de despesa. En el curs 1986/87 a Catalunya havia 42.667 professors d'infantil i primària per a 784.516 alumnes, és a dir 5,4 professors per 100 alumnes. En el curs 2004/2005 havia 48.742 professors per a 632.622 alumnes, 7,7 per cada 100. L'increment és del 41,6%.

Pel que fa als reptes de futur, més enllà d'alguns aspectes relatius als diferencials de despesa per cadascun dels diferents col·lectius abans esmentats, i del 'gap' respecte a països del nostre entorn amb desenvolupament econòmic i social similar en els ratis de despesa educativa/PIB de Catalunya respecte d'altres Comunitats de l'Estat o d'Espanya en el seu conjunt, convé remarcar alguns fets. Així, la selecció adversa que al dia d'avui suposa l'escolarització dels immigrants (només una quarta part del total accedeix a la privada concertada) que, més enllà d'alguna picaresca amortiguada per les oficines municipals de inscripció, resta molt vinculada a la zonificació que marca l'habitatge i a l'absència d'una política de discriminació positiva per a compensar alguns costos d'accés (transport i menjador). I en el camp de l'educació superior, remarcar la manca de progrés en aquesta darrera dècada en els canvis necessaris en el govern i finançament de les Universitats, i els esforços incipients, i encara insuficients, en matèria de recerca i desenvolupament¹⁴. Roman la necessitat d'unes estructures de govern menys capturades per la comunitat administrativa i estudiantil, i possiblement manca un decret de

¹³ - Entre 1992 i 2004 el nombre d'estudiants d'infantil i primària es manté pràcticament igual. El nombre d'estudiants de primària disminueix, però es compensa amb un major nombre d'alumnes d'infantil de manera que en 2004 hi ha un 100,5% d'alumnes d'infantil i primària que l'any 1992.

¹⁴ -Val a dir, tot i les millores observades a l'etapa anomenada Mas-Colell, pel nom del conseller que les va liderar, en el camp de la recerca i de l'establiment dels seus centres més paradigmàtics

liberalització real de preus públics per a que les Universitats i Facultats en el seu si puguin competir millor en prestigi, preus i també en salaris de professorat, davant de la uniformitat avui vigent.

III.- LA SANITAT

Fou l'any 1981 quan la Generalitat va rebre les transferències en matèria sanitària. Es compleixen 25 anys doncs quasibé també del desplegament del Mapa sanitari de Catalunya, de la nova política d' Acreditació de Centres i de la primera Ordre de Concerts que seguiren a la transferència. Entre el 1983 i 1989 s'establiren les que son avui les bases del sistema sanitari català, amb la creació de l'Institut Català de la Salut (ICS), entitat gestora de les prestacions i serveis sanitaris de la Seguretat Social, la creació de la Xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP), la Reforma de l'atenció primària (RAP), Pla de reordenació hospitalària, etc. Aquest procés culminà el 1990 amb l'aprovació de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LLOSC) amb la creació del Servei Català de la Salut (CatSalut), a la vegada que es començava a avançar en la separació de funcions entre el finançament, la compra i la provisió de serveis. La redacció del Pla de Salut de Catalunya va dotar la sanitat d'un instrument indicatiu i d'un marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut.

A partir d'aquí s'enregistren actuacions de contingut des del punt de vista de la innovació, durant la darrera dècada, menys estructurals: la descentralització de la gestió, l'articulació dels contractes de compra de serveis, la definició de la cartera de serveis, la configuració de fórmules de gestió diferents: consorcis, empreses públiques, entitats de base associativa constituïdes per professionals sanitaris, etc., sota el comandament del Servei Català de la Salut, que intenta transformar-se en una mena de gran asseguradora pública. A aquests efectes es modifica l'any 1995 la LLOSC per a possibilitar l'aprofundiment en la diversificació de proveïdors en l'àmbit de l'atenció primària, s'elabora el Pla de serveis sanitaris i socio-sanitaris de Catalunya i un nou model de finançament hospitalari basat en indicadors d'estructura i de complexitat.

Més recentment, l'any 2002 s'inicia la fase operativa per a l'elaboració del projecte de cartera de serveis i es revisa el model sanitari per integrar i prioritzar tres grans eixos: la salut pública, l'atenció sanitària i els serveis socials i l'atenció a la dependència.

Són altres mesures del període la lliure elecció de metge de capçalera i pediatre i la Llei

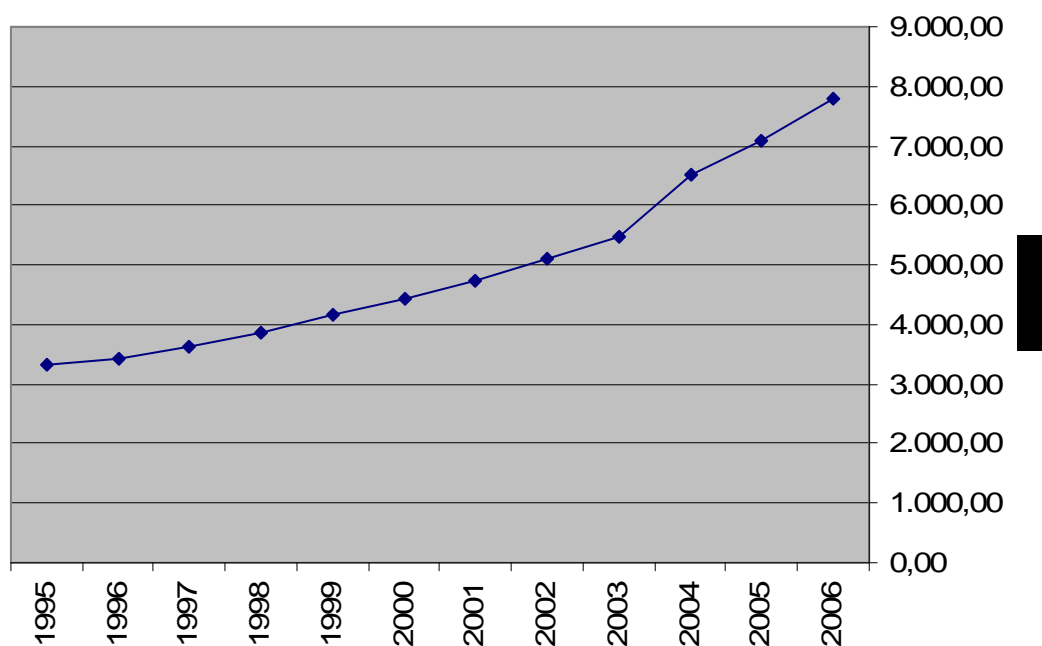
de protecció de la salut (LPS) de 2003. Finalment, el 2005 es produeix la tramitació legislativa del Decret de creació dels governs territorials de salut, amb la signatura dels primers pactes per a la salut amb els ajuntaments i la constitució de la Mesa Social per a un Acord marc de recursos humans del sistema sanitari català.

En tots aquests desenvolupaments, la funció de planificació roman en el Departament de Salut, destacant els Plans de Salut 1993-95, 1996-98, 1999-01, 2002-05, i la coordinació amb la resta de les CC.AA. al si de l'Estat, d'acord amb el que estableix la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. Més recentment (2006), s'entra en un període de reflux en el que el Cat-Salut sembla perdre pes en l'operativa del sistema, per a guanyar-lo Departament en la definició de nous àmbits que van des de la planificació dels serveis a les polítiques de recursos humans.

Els quadres de ingressos i despeses de la sanitat catalana

Des d'un punt de vista quantitatiu, com es pot comprovar en el quadre adjunt, com la despesa sanitària consolidada ha guanyat pes al llarg del temps, destacant en particular el augment per l'aflorament de despesa produïda l'any 2004, produïda amb el canvi de govern d'aquell any.

Pressupostos sanitaris consolidats 1995-2006



PRESSUPOSTOS SANITARIS CONSOLIDATS 1995-2006

Any	Euros	% creixement
2006	7.777.748.403,57	9,7%
2005	7.088.195.419,46	9,0%
2004	6.501.752.413,66	18,4%
2003	5.489.974.961,31	7,9%
2002	5.088.997.489,81	7,3%
2001	4.744.741.831,43	6,9%
2000	4.437.356.508,36	6,4%
1999	4.171.167.017,41	8,4%
1998	3.847.721.563,11	5,7%
1997	3.640.975.202,24	6,0%
1996	3.435.181.445,55	3,5%
1995	3.319.014.195,91	4,9%

Font: Catsalut

Per altra banda, el finançament autonòmic segueix una pauta estàtica lligada al cost efectiu del moment del traspàs de les competències modulada en el temps per la població relativa. El percentatge de la població d'una CA sobre la total es pondera al 75% i el de l'envellida (majors de 65 anys), al 24.5, essent referit el 0.05 restant al factor insularitat. Molt més difícil resulta la incorporació de la seva dinàmica poblacional. De fet, el vigent sistema de finançament requereix per a la seva revisió, creixements diferencials anuals de població per a una C.A. que siguin superiors a la mitjana estatal en 3 punts; fita bastant inassolible tot i les variacions observades entre 1999 i el 2004, tal com recull el quadre adjunt.

Evolució de la població en algunes CC.AA. seleccionades

Població CCAA	1999	2004	% Variació
Andalusia	7.305.117	7.687.518	5,23
Balears	821.820	955.045	16,21
Catalunya	6.207.533	6.813.319	9,76
C. Valenciana	4.066.474	4.543.304	11,73
Extremadura	1.073.574	1.075.286	0,16
Galícia	2.730.337	2.750.985	0,76

L'anterior variació poblacional i un nou finançament autonòmic acordat (a partir del 2002 per al conjunt de CC.AA. de l'art. 143 de la Constitució), ja a partir dels paràmetres poblacionals comentats, ja del resultant de la despesa efectiva executada prèviament pel mateix Insalud mentre gestionava directament en nom d'aquelles CC.AA.), ha re-rankejat la despesa per càpita catalana que resta avui molt centrada en la mitjana poblacional espanyola, fora de la seva major capacitat resolutiva per a pacients desplaçats i dels centres de docència i excel·lència que ofereix a dintre del conjunt de l'estat, i més lluny encara del pes relatiu del seu PIB.

Convé aquí remarcar, a més, que el criteri poblacional resulta equívoc a la vista de la desigual presència de les mutualitats de funcionaris que resten fora de la provisió pública, per la qual cosa se introdueix en els quadres següents el referent de 'població beneficiària' del sistema públic de salut. Així mateix, aquest concepte no pot ser pres com a referent final per a jutjar l'equitat del finançament, ja sigui per que el sistema pondera explícitament per la composició de població major de 65 anys (vegi's quadre de nou, al respecte), ja sigui pel fet que accepta el criteri de cost efectiu o negociat políticament amb alguna Comunitat sense que aquest representi cap replica de criteri d'equitat de finançament conegut. Finalment, anotem que l'anàlisi de les diferències en despesa, interpretades en clau falta d'equitat, pot ser més erroni encara a la vista de les prioritacions de despesa addicional que pugui fer cada parlament autonòmic en particular o de l'esforç fiscal per a un millor finançament de la sanitat autonòmica més enllà de la transferència central rebuda¹⁵.

Tot això dóna els següents indicadors agregats (Font: M.Sanidad y Consumo, Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud, Datos y Cifras 2004-2005)

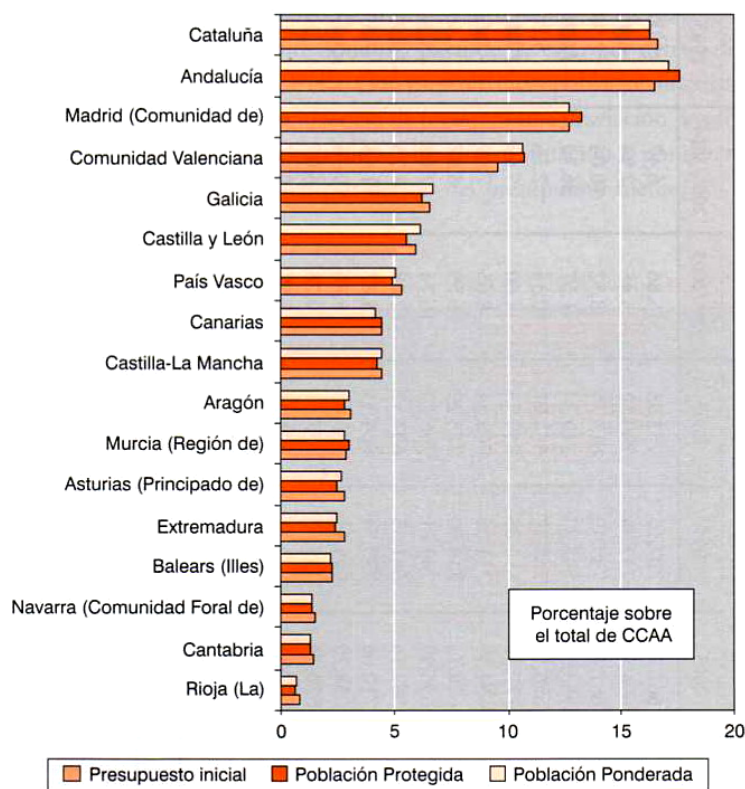
Pressupostos inicials per persona protegida i per persona protegida ponderada per edat. Anys 2003/2004/2005.

2003		2004		2005	
Per càpita	Ponderada	Per càpita	Ponderada	Per càpita	Ponderada

¹⁵ Vegi's G. López Casanovas 'La descentralización fiscal en España en la nueva disyuntiva. Algunas reflexiones generales, y específicas al caso de la sanidad' a S. Lago, Monografía sobre *La Nueva Financiación Autonómica*, Instituto de Estudios Fiscales, 2007

Andalucía	861,2	661,76	919,0	707,15	975,6	752,93
Aragón	996,1	694,52	1.044,5	732,34	1.119,8	790,52
Asturias	985,9	681,45	1.069,6	739,49	1.174,1	813,75
Illes Balears	746,1	583,03	756,0	792,77	1.030,9	810,34
Canarias	866,1	696,56	955,8	768,57	1.072,8	862,01
Cantabria	1.079,1	777,30	1.125,8	813,03	1.184,9	859,33
Castilla y León	960,5	654,39	1.041,9	711,02	1.114,7	763,54
Castilla-La Mancha	941,8	670,71	998,8	714,90	1.077,0	778,29
Catalunya	857,3	636,98	997,2	743,61	1.060,2	796,27
Comunidad Valenciana	759,9	569,16	852,7	641,35	922,9	697,32
Extremadura	992,9	710,68	1.078,8	773,74	1.201,4	864,13
Galicia	914,5	638,79	995,9	695,91	1.096,0	766,05
Madrid	862,0	670,34	941,4	732,52	994,2	777,01
Murcia	877,9	682,97	932,2	725,51	1.023,6	801,51
Navarra	1.062,8	781,35	1.119,9	825,48	1.162,4	859,75
País Vasco	972,7	712,46	106,7	776,18	1.123,6	822,41
La Rioja	1.048,9	751,61	1.161,2	837,03	1.235,2	897,26
TOTAL CC.AA.	883,5	661,75	966,9	725,78	1.041,8	785,56

Pressupost inicial/ població protegida/ població ponderada (2005)



Taxa de creixement de la població protegida. Període 1999-2005.

T.A.M. 2005/1999	
Increment	Ponderada

Andalucía	1,28	1,37
Aragón	1,24	1,02
Asturias	-0,1	0,1
Illes Balears	3,16	2,81
Canarias	2,83	2,96
Cantabria	1,09	1,06
Castilla y León	0,17	0,31
Castilla-La Mancha	1,63	1,37
Catalunya	2,09	1,88
Comunidad Valenciana	2,51	2,41
Extremadura	0,14	0,27
Galicia	0,25	0,59
Madrid	2,79	2,69
Murcia	3,02	2,81
Navarra	1,74	1,57
País Vasco	0,25	0,6
La Rioja	2,2	1,97
Ceuta y Melilla	1,58	1,64
TOTAL	1,66	1,62

Font: M.Sanidad y Consumo, Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud, Datos y Cifras 2004-2005

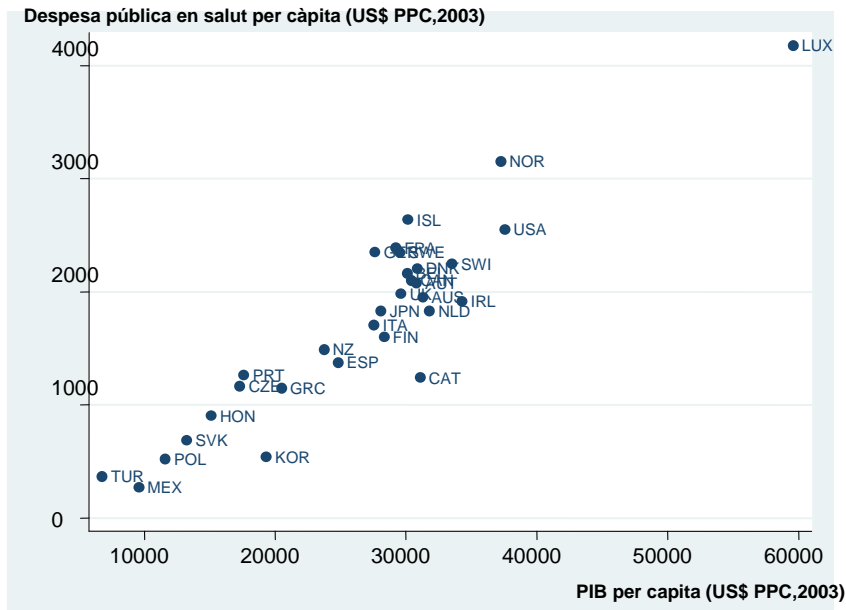
I que en la seva evolució concreta per al cas de Catalunya oferia els següents ratis:

Catalunya	1991	1996	2002	2004
despesa sanitària pública (euros)	2.763.082	4.030.837	6.023.206	6.725.123
PIB pm (en milions)	65.387	84.764	132.134	148.792
població de dret Catalunya	6.059.494,00	6.090.040	6.506.440	6.813.319
despesa càpita (euros)	455,99	661,87	925,73	987,06
rati DespSanitPub/PIB	4.22	4.75	4.56	4.52

Font: Recursos del Sistema Sanitari Català, varis anys. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. A diferència del quadre anterior, entenem que aquí es tracta de despesa efectivament liquidada per al conjunt consolidat del CatSalut i no la inicialment pressupostada.

La comparació pel que fa a la despesa pública, en una comparativa refinada que ajustés pel diferencial de renda per càpita a través d'una línia de regressió, situaria a Espanya pràcticament a la línia del que resulta un ajustament 'normal' entre PIB per càpita i despesa sanitària pública per càpita i ajustada per poder de compra, tal com es visualitza en el gràfic adjunt, mentre que per a Catalunya el diferencial és força important (entorn d'un 25%). (Any 2003, darrera dada disponible).

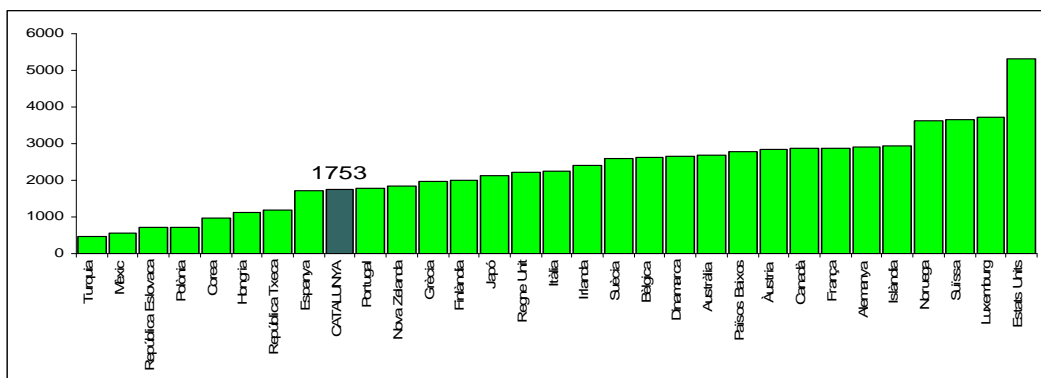
Relació entre despesa sanitària pública i PIB per càpita (2003)



Font: Elaboració pròpia a partir de OCDE, Health Data File, 2005 i per Catalunya, Departament de Salut

No resulta fàcil convertir la despesa sanitària pública en despesa sanitària total, és a dir, considerant la finançada privadament a la nostra Comunitat, sobre les mateixes bases homogènies que ho fa l'OCDE per al conjunt dels estats. Però una estimació feta per ACES a l'any 2002, i utilitzada per Artís i Surinyach (2007) donaria el següent diagnòstic:

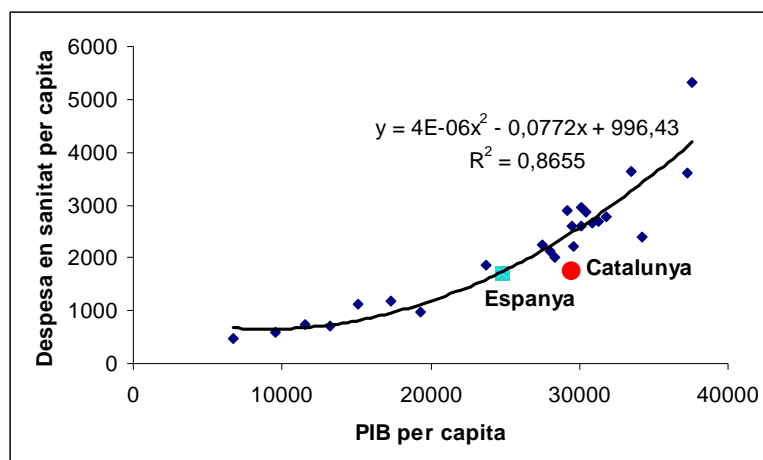
Despesa total per càpita en sanitat. OCDE i Catalunya. 2002.



Nota: Les dades de PIB per càpita estan expressades en dòlars EUA i corregides per la paritat de poder de compra. La dada de Catalunya està corregida respecte de la dada espanyola en termes de poder de compra de l'any 2002 (INE: Dades de PIB en PPS).

Font: Artís i Surinyach (2007) *Estudi sobre l'aportació del sector sanitari a l'economia catalana* Caixa de Catalunya Monografia Servei d'Estudis, a partir de les dades de l' OCDE, INE i ACES.

Relació entre la despesa total (pública i privada) en sanitat per càpita i el PIB per càpita. OCDE i Catalunya. 2002.



Nota: Les dades de PIB per càpita estan expressades en dòlars EUA i corregides per la paritat de poder de compra. La dada de Catalunya està corregida respecte de la dada espanyola en termes de poder de compra de l'any 2002 (INE: *Dades de PIB en PPS*). No es disposa d'informació completa per els següents països: Portugal, Grècia, Àustria, Alemanya i Luxemburg.

Font: Artís i Surinyach (2007) *Estudi sobre l'aportació del sector sanitari a l'economia catalana* Caixa de Catalunya Monografia Servei d'Estudis, a partir de les dades de l' OCDE, INE i ACES.

Vegem així de nou el diferencial abans comentat entre el que correspondria en despesa total a Catalunya si es situés a la funció quadràtica que millor ajusta les observacions. Aquest diferencial es manté tot i que Catalunya ja avui fa una participació en despesa privada per càpita entre un 15 i un 20% superior a la mitjana estatal.

-Anàlisi: la sostenibilitat del finançament sanitari públic i els reptes organitzatius

Dues qüestions són en aquest context objecte de particular preocupació. La primera es refereix als límits al creixement de la despesa sanitària pública a la vista dels diferencials observats amb el finançament del que es disposa, en el marc del finançament autonòmic actual. L'altra qüestió té a veure amb la sostenibilitat o no del sistema si no es compta amb noves mesures de racionalització, tant relatives a les aportacions financeres dels usuaris dels serveis com de major responsabilització del professional en la despesa concreta.

Pel que fa a la sostenibilitat financera del sistema sanitari, val la pena remarcar aquí unes poques consideracions. La paraula 'sostenible' en el finançament públic no té

contingut científic: serà sostenible el que vulguin els polítics dedicar al seu sosteniment. Notis en aquest sentit que la Conferència de Presidents d'ara fa un any va suposar una important injecció addicional de recursos centrals sense contraprestació autonòmica selectiva a canvi. Altra tema és la lògica sobre el que aquesta sostenibilitat es pot basar, l'evolució de la despesa i del seu finançament (ambdues) en la disjuntiva equitat-eficiència, quan el context en que es subministren els serveis és d'ineficiència sistèmica per manca de responsabilització de les conseqüències financeres de les decisions de cadascun dels agents que hi són presents: el polític les trasllada a impostos, el professional a millors salaris i més despesa, l'usuari vol que financi el contribuent. En aquest sentit, els copagaments són una de les sol.lucions possibles, tot i que no la única: si els professionals estimen que actuant sobre els usuaris es limita el malbaratament, els tiquets moderadors tenen la seva lògica. Són els metges però qui han d'identificar els àmbits en que aquests malbarataments es produeixen. L'economista de la salut pot ajudar a articular diverses mesures, també el copagament, si prèviament els professionals han concretat l'àmbit en el que es produeixen els abusos. No a l'inrevés. Fet això després haurem de parlar sobre què pot fer el sistema per a que els professionals que volen actuar com si fossin treballadors per compte propi en el sistema, estiguin disposats a no comportar-se exclusivament com a assalariats a l'hora de cobrar, sense assumir risc ni responsabilitats.

Notis que el paper del sector privat és força complicat en aquest context, per manca d'un 'marc estable' al que referenciar les inversions també privades en el sistema sanitari català.

Reconeguda la problemàtica anterior, no és gens difícil observar a Catalunya quant gran és la bretxa entre el que la societat espera del seu sistema de salut i el que el govern català pot oferir en termes de prestacions i sobre tot qualitat assistencial, a partir dels recursos actuals. Aquest diferencial no és altre que el que resulta de les aspiracions de major medicalització derivades del seu grau de desenvolupament social, donada la correlació entre utilització sanitària, renda i l'educació com a variables latents que pressionen a l'alça la despesa, tal com observem també a la comparativa de països occidentals. Efectivament, si la despesa sanitària la referim al PIB propi de Catalunya, el rati es situa un 20% per sota de la mitjana estatal d'igual indicador. Aquest és el resultat d'un numerador de la rati (la despesa autonòmica) que en el seu finançament estatal segueix tendencialment criteris poblacionals, i un denominador més elevat en raó

de la major renda relativa catalana. Això dificulta satisfer des del sector públic autonòmic, i en absència de l'exercici d'espais fiscals propis, la major expectativa d'utilització que té la societat, en part impulsada per la demanda (aspiracions d'una cada cop més 'medicalitzada' societat) i en part per l'oferta de serveis posada en disposició: la xarxa més costosa de comarcalització amb la que el Parlament ha volgut cohesionar sanitàriament el país. La insuficiència dificulta també satisfer els nostres professionals que aspiren a un major ingrés que correspongui al major cost de vida i a la més gran pressió assistencial que es genera.

Pel que fa als reptes de futur les coses no estan més clares. Val dir però que previsiblement la despesa sanitària al nostre país creixerà. Quin component ho farà en el binomi finançament públic-privat, és més incert. Per una banda, per una societat que es comença a desenvolupar, l'elasticitat renda sol jugar en valors positius importants en favor d'un increment de la involucració pública en sanitat (superior a la unitat, o l'anomenada llei de Wagner d'activitats creixents del sector públic); per l'altra banda, la composició de la despesa varia segons els nivells de renda assolits (llei d'Engel), de manera que com més es desenvolupa una societat probablement sigui menys valorat el direccionisme públic en un tema tant propi del benestar de les persones. Quin dels dos factors pesarà més a la nostra realitat propera és dubtós, no essent el procés exogen sinó resultat dels processos d'elecció social. En qualsevol cas, és una irresponsabilitat, parlar d'incrementar la despesa sense concretar la manera de finançar-la. En aquest sentit, són arguments econòmics valoratius el reconeixement que la pressió fiscal als països occidentals no sembla ja molt més 'tensionable' a l'alça. A més, a fora del sector, la despesa sanitària pública ha de competir amb altres components de la despesa social (en el seu component públic/privat del seu finançament) habitatge, equipaments, cobertura de dependència, educació, ... per als increments tendencials del finançament públic que es puguin enregistrar dintre del quadre macroeconòmic general. Són arguments socials que semblen més lògics el pensar que el pes de la involucració pública en el sector sanitari, com veiem, hauria de ser major en els estadis primers de desenvolupament social (elasticitat renda elevada), que permeti una reducció relativa posterior en la mesura que societats avançades retornen responsabilitats socials (o n'afrontin de noves) a les esferes més individuals. A més, els increments de despesa actuals s'apropen més a 'la part plana de la corba de l'efectivitat no utilitarista de la relació entre més recursos i millores de salut' (corba de Preston, entre més despesa i

milliores objectivables de salut), amb efectes majorment en els components individuals subjectius i personals, que justifiquen en menor mesura un increment del finançament públic coactiu, sovint basat en els impostos indirectes de naturalesa fortament regressiva.

Finalment, valorem aquí que el problema de la sanitat catalana no és únicament de finançament. S'observa en general una manca de responsabilització per part de professionals i usuaris (per aquest ordre) en els consum que es fan de recursos i la insuficiència de polítiques d'articulació transversal que desincentivin la utilització innecessària o fins i tot indeguda dels serveis de salut per medicalització de problemes socials més que no sanitaris. Pel que fa al finançament, tal com hem vist, la despesa sanitària es mou amb el desenvolupament social (la renda, l'educació, la valoració per la qualitat), de manera que mentre el finançament no estigui millor vinculat a la renda, als recursos o bases fiscals propis -ara ho està a la població i a la despesa mitjana estatal transferida-, no tindrem el sistema sanitari al que la societat catalana avui aspira.

IV.- ELS SERVEIS SOCIALS

En matèria de protecció social, l'Estatut d'Autonomia de Catalunya (1979) atorga a la Generalitat la competència exclusiva en assistència social i també la competència en el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat en matèria de seguretat social.

A l'estructura competencial del Sistema català de serveis socials, són competències del Govern de la Generalitat bàsicament les relatives a la definició de la política general de serveis socials i aprovació dels instruments de planificació general en aquesta matèria: elaborar el mapa de serveis socials i actualitzar-lo periòdicament com a base per a l'aprovació dels plans d'actuació social, així com fer l'ordenació dels serveis socials, reglamentant les entitats, els serveis i els establiments, públics i privats que presten serveis socials, i entre d'altres competències també, coordinar les accions i els programes, tant del sector públic com del privat; avaluar i inspeccionar-ne els serveis i controlar l'aplicació de la normativa específica.

Alhora, son competències dels ajuntaments, exercir les funcions que es desenvolupen en les àrees bàsiques de serveis socials, prestant i gestionant els serveis que se'ls hi hagin encomanat i d'acord amb el que s'estableixi per reglament, col·laborar en la gestió de

les prestacions econòmiques i les subvencions de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS). Addicionalment, els consells comarcals tenen algunes competències complementàries de menor entitat. Aquest és en conjunt el 'puzle' dels serveis socials sobre la geografia.

L'acció legislativa catalana s'inicià el juliol de 1983 quan el Parlament de Catalunya promulga la Llei d'administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els serveis socials de Catalunya; poc més tard, l'any 1985 es definia el model actual de serveis socials a Catalunya per a concloure, l'any 1994, amb la Llei d'administració institucional, descentralització, desconcentració i coordinació del Sistema català de serveis socials. Els objectius d'aquesta última llei són estructurar funcionalment i territorialment el Sistema català de serveis socials, definir la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública i determinar a quines administracions públiques correspon la titularitat, la gestió i el seu finançament¹⁶.

Tot i això, la potestat normativa que assisteix els ajuntaments i consells comarcals, reconeguda per la legislació de l'Administració local, obliga a que l'actuació de la Generalitat hagi de respectar i pugui només "emmarcar" certs aspectes de la intervenció, a desenvolupar en tot cas per les administracions locals.

Entre els reptes que ha d'afrontar la protecció social avui a Catalunya destaquen els resultants de l'evolució demogràfica, amb una potencial pèrdua de cohesió social si el canvi poblacional no s'acompanya de les polítiques socials adients per la immigració i el fenomen de l'envelliment en particular. Pel que fa al primer dels factors, una simple ullada a les dades censals ens diu que en els últims 5 anys (2001-2005) la població que oficialment resideix a Catalunya, però que ha nascut a l'estranger, s'ha doblat de quatre cents mil habitants a quasibé vuit-cents vuitanta, passant de representar el 6.3% del total al 12.6%, dintre d'un important increment de la població total en sis-centes cinquanta mil persones. A la vegada, l'envelliment no ha deixat, malgrat aquest flux de nous nadius, de guanyar pes des de 1991 i en particular per als grups d'edat més avançada. Així el grup de 70 i més anys ha augmentat un 33% el seu pes relatiu entre

¹⁶ - Destaquem també el Decret de juliol 1996, de regulació del Sistema català de serveis socials que actualitza les condicions funcionals i la tipologia dels serveis i establiments socials.

1991 i el 2004 i en especial en els últims anys (1996-2004): un 20% per als de 75 anys i més. Pel que fa a la pobresa, el risc de patir-la ha passat d'una taxa del 14.3% l'any 1996 al 18.6%, la qual cosa significa quasibé 1 milió dues centes mil persones, segons l'Informe 2003, última dada disponible sobre la pobresa a Catalunya.

Notis altrament que amb els actuals barems estatals de meritatge de drets a pensions no contributives (no comptabilitzant el diferencial en capacitat adquisitiva d'una mateixa prestació monetària sobre el territori), la capacitat adquisitiva d'aquestes pensions representa una xifra menor que a la mitjana de espanyola.

La distribució desigual en el pes de les pensions contributives i no contributives a Catalunya respecte d'altres CC.AA. es detecta igualment a la taula adjunta, amb una participació relativament més alta a la que correspon per població per a les contributives (no així en capacitat adquisitiva si considerem, seguint Idescat un diferencial de preus del 7% sobre la mitjana espanyola), bastant menor a les no contributives, prestacions familiars i LISMI, i més elevades (segons PIB relatiu, pràcticament) per a incapacitat temporal i prestacions maternals:

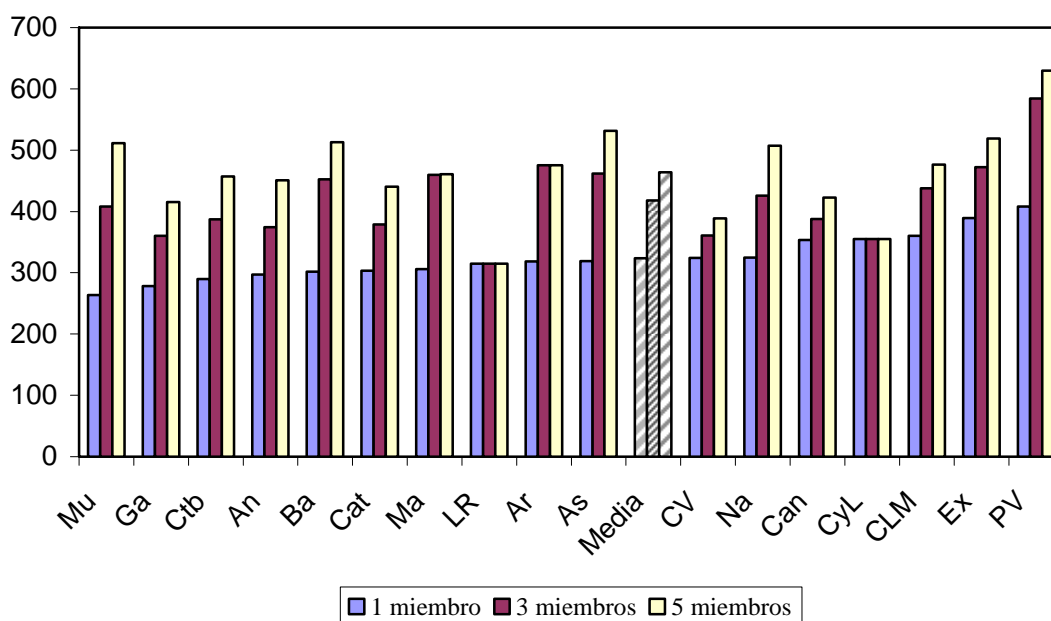
DISTRIBUCIÓ REGIONAL DE LES PRINCIPALS PRESTACIONS SOCIALS DE LA SEGURETAT SOCIAL

2004	Pensiones contributivas	Pensiones no contributivas	Incapacidad Temporal	Prestación por maternidad y riesgo embarazo	Prestaciones familiares	Prestaciones LISMI
Baleares	1.7%	1.7%	2.0%	2.6%	1.5%	1.1%
Cataluña	18.3%	12.5%	19.0%	20.8%	10.8%	8.5%
C.Valenciana	9.0%	9.9%	9.9%	9.8%	10.2%	10.2%
Total CCAA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Font: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales MTAS

Pel que fa a les quanties i evolució de rendes mínimes segons membres de les llars, procedents dels propis recursos de la Generalitat, les dades disponibles es recullen en el gràfic i quadre següent, que mostra en general unes quanties a la banda mitja/ baixa de la comparativa i relativament amb menys diferencial en cas de unitats de tres membres:

Diferències a la capacitat adquisitiva de les rendes mínimes entre CC.AA. 2004



Font: L. Ayala en Nota d'Economia no 85 (ob.cit.) a partir de INE y de la información administrativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales MTAS.

L'acció social en el seu conjunt és molt ampla tot i que les quanties dels programes de despesa no siguin sempre molt grans: pensions no contributives, rendes mínimes, prestacions familiars, LISMI, etc.; es realitza des de diferents administracions i té com a destinataris en programes concrets a gent gran, discapacitats, immigrants i refugiats, inserció, minories, famílies en situacions especials, menors infractors, infància maltractada, marginació, pobresa, exclusió social i a la nova conciliació entre la vida laboral i familiar... com a programes més distintius.

Actualment està sobre la taula la que ha de ser per Catalunya la nova Llei de serveis socials –que posi ordre i doni racionalitat a tot l'entramat anterior-, i l'aplicació autonòmica de la llei estatal de la dependència. La primera Llei preveu un sistema universal de titularitat pública (no de responsabilitat pública exclusiva) que s'estructura al voltant de les prestacions bàsiques per a la promoció de la cohesió i qualitat en els serveis socials d'atenció a les persones amb dependència i de coordinació sociosanitària; la segona, la llei de promoció de l'autonomia personal d'atenció a les persones amb dependència i de suport als familiars, atorga reconeixement del dret a les prestacions de naturalesa no contributiva per a la prestació per dependència, per a la qual cosa preveu l'increment de recursos estatals per implementar les prestacions amb

12.638 milions d'euros fins al 2015; el reconeixement dels cuidadors familiars i la seva incorporació a la Seguretat Social, i el reconeixement de la prestació econòmica per cura en el medi familiar, entre d'altres. Aquesta llei s'analitza a continuació.

-Anàlisi: la nova cobertura pública de la dependència

Esmentat tot l'anterior, existeixen dubtes entorn de les limitacions que l'anomenada Llei de Dependència pot suposar sobre la capacitat de les CC.AA. per a concretar i millorar el sistema de protecció, a la vista almenys del plantejament d'uniformitat que la Llei sembla establir per a tot l'Estat¹⁷.

El finançament del nou sistema s'haurà de produir a partir de tres fonts bàsiques a terceres parts: les aportacions de l'Estat, els copagaments dels usuaris i les aportacions de les CC.AA. La Llei pretén establir d'una manera exhaustiva els serveis que s'haurien d'atorgar a cada beneficiari en funció del seu grau de dependència i, fins i tot, estipula que l'opció preferent seran els serveis de gestió pública i, quan aquests no estiguin disponibles, la concertació de serveis privats. El principal problema de la llei en aquest sentit és que elimina graus de llibertat pel que fa a la gestió autonòmica dels serveis socials. La consecució d'un sistema d'atenció a la dependència més eficient exigeix una major autonomia a nivell local dels serveis sanitaris i socials, així com un major grau de coordinació entre els diferents agents implicats (CC.LL., Departament de Benestar i Família, i Departament de Salut). Els reptes organitzatius i de gestió que impliquen aquests canvis són difícilment resolubles a través d'una llei amb pretensions uniformitzadores, davant de l'actual diversitat que ja caracteritza avui els sistemes autonòmics i locals de serveis socials.

Caldria així, de cara a distribuir entre les diferents CCAA les aportacions anuals previstes pel govern central, utilitzar com a criteri el percentatge que les persones dependents (baremats en criteris homogenis i independents dels interessos locals) de cada autonomia representen sobre el total estatal (en el cas de Catalunya, segons l'EDDES, un 14,3%, Casado, 2006). D'altra banda, en comptes de fixar

¹⁷ -Així, la Llei crea el Consell Territorial del Sistema Nacional Dependència, al qual atorga atribucions per determinar un règim de sancions i infraccions, la definició del catàleg de prestacions del sistema i l'estructura de finançament del model, tot i prescindint sembla ser de les competències de les CC.AA.

centralitzadament el tipus de servei a proveir en cada cas com a garantia d'uniformitat interterritorial, potser casaria millor amb l'actual sistema descentralitzat la definició de prestacions monetàries -variables segons el nivell de dependència i uniformes arreu de l'estat-, compatibles amb el fet que una comunitat autònoma a l'hora volgués subministrar els seus serveis en espècie per al ciutadà que no vulgui escollir prestador privat. Així mateix, semblaria més operatiu que la llei establís el percentatge que les CCAA haurien de recuperar via copagaments sobre el total de despesa a finançar, sense entrar a regular un sistema d'aportacions dels usuaris de manera uniforme per tot l'Estat.

Els quadres següents quantifiquen la importància del problema a partir de diferents fonts. Destaca l'observació, en els dos estudis esmentats, de la similitud de la situació de dependència de Catalunya dintre de l'Estat, excepte en el component de dependències bàsiques per a majors de 65 anys (menys percentatge a Catalunya), i la major presència de dependents institucionalitzats en residències a Catalunya que per al conjunt de l'Estat (tot i que aquests no es tenen per què identificar-se amb els dependents més greus, ja que es tracta de residències en bona part privades en les que el criteri dominant és la capacitat de pagament). Hom pot comprovar també en el quadre corresponent que els índex de cobertura de Catalunya són més alts que la mitjana espanyola, particularment en ajuts domiciliaris, però també en residències i centres de dia. Finalment, a la comparativa de costos, Catalunya es situa en gairebé un 20% per sobre de la mitjana estatal en el cost residencial públic unitari, tot i que un anàlisi acuradament d'aquesta xifra requeriria una valoració de les complexitats relatives dels seus beneficiaris, costos relatius exògens, aportacions segons 'mix' institucional, etc.

Estimacions sobre el número de persones dependents: Catalunya i Espanya, 1999.

A) "LIBRO BLANCO" (IMSERO, 2005): PERSONES DE TOTES LES EDATS

Catalunya

	< 65 anys		65 anys o +		Tots	
	N	%	N	%	N	%
Bàsiques	75,602	1.5	148,235	13.5	223,837	3.6
Només instrumentals	53,157	1.0	81,844	7.4	135,001	2.2
TOTAL	128,759	2.5	230,079	20.9	358,838	5.8

Espanya

	< 65 anys		65 anys o +		Tots	
	N	%	N	%	N	%
Bàsiques	505,505	1.5	980,209	15.0	1,485,714	3.7
Només instrumentals	315,020	0.9	484,606	7.4	799,626	2.0
TOTAL	820,525	2.4	1,464,815	22.4	2,285,340	5.6

B) ESTUDI EDAD & VIDA (2004): PERSONES AMB 65 ANYS O MÉS**Catalunya****Espanya**

	N	%		N	%
Només AIVD	82,800	7.4	Només AIVD	505,467	7.5
1-2 ABVD	94,945	8.5	1-2 ABVD	579,602	8.6
3-4 ABVD	32,016	2.9	3-4 ABVD	195,447	2.9
5-6 ABVD	32,016	2.9	5-6 ABVD	195,447	2.9
Institucions	22,722	2.0	Institucions	107,833	1.6
TOTAL	264,499	23.6	TOTAL	1,583,797	23.5

Font: D. Casado Nota d'Economia no 85, 2006 Generalitat de Catalunya. Fuente Imserso (2005a) i Edad & Vida (2004).

Serveis d'atenció a les persones grans dependents: Places i Índex de cobertura. Catalunya i Espanya, 2004.

	Catalunya	Espanya		
		Mitjana	Min	Màx
RESIDÈNCIES				
Places totals	49.356*	266.392*	-	-
IC places totals	4.29	3.66	1.86	5.66
Places accés públic	20.837*	113.842*	-	-
IC places públiques	1.81	1.56	0.79	2.44
% places accés públic	42.2%	42.7%	24.0%	68.1%
CENTRES DE DIA				
Places totals	10.929*	33.709*	-	-
IC places totals	0.95	0.46	0.18	0.95
Places accés públic	4.858*	19,597	-	-
IC places públiques	0.42	0.27	0.13	0.43
% places accés públic	44.4%	58.1%	37.1%	100.0%
SERVEIS D'AJUDA A DOMICILI				
Número d'usuaris	44.472*	228.812*	-	-

IC (usuari/pob. 65 o més)	3.87	3.14	1.76	7.41
Intensitat (hores mensuals/usuari)	14.0	16.4	8.1	29.0

IC (índex de cobertura): percentatge de places sobre el total de població amb 65 anys o més.

* La xifra no recull la mitjana estatal, sinó el número total de places/usuaris pel conjunt de l'Estat.

Font: D. Casado Nota d'Economia no 85 Generalitat de Catalunya a partir de Imsero, varis anys.

Envel·liment i cobertura dels serveis socials per tipus, a Catalunya i a Espanya 2004

	Espanya	Catalunya
Atenció residencial pública		
Cobertura ^a 1999	1.15	1.40
Cobertura ^a 2003	1.46	1.61
Cost anual mig per usuari (€)	16,441	19,195
Atenció a domicili		
Cobertura ^a 1999	1.67	1.14
Cobertura ^a 2003	2.99	3.42
Cost mig per hora (€)	10.66	10
Centre de Dia		
Cobertura ^a 1999	0.11	0.22
Cobertura ^a 2003	0.20	0.26
Cost anual mig per usuari (€)	5,153 (17-40% co-pagament)	5,875 (24% co-pagament)
Tele-assistència		
Cobertura ^a 1999	0.72	0.36
Cobertura ^a 2003	1.78	0.65
Cost anual mig per usuari (€)	259.5	231.1

^a Usuaris per cada 100 persones més grans de 65 anys.

Font: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Las Personas Mayores en España. Informe 2004, citat per Costa i Mascarilla 2006, a Nota d'Economia no 85 Generalitat de Catalunya.

-Anàlisi: la política d'habitatge

El boom immobiliari viscut i la situació econòmica dels joves, procedents d'un mercat de treball actiu per la quantitat de llocs que genera, però de baixa remuneració i a precari, d'elevada rotació, ha recuperat la qüestió de l'accés a l'habitatge com a un àmbit clau per a moltes polítiques públiques socials.

L'exercici de les competències urbanístiques i d'habitatge correspon a l'Administració de la Generalitat i als municipis i les comarques. L'Estatut d'Autonomia, concretament l'article 9.9, d'acord amb el que disposa l'article 148 de la Constitució, va atorgar a la Generalitat competència exclusiva en matèria d'urbanisme. Aquest marc normatiu es refon l'any 1990 amb el Decret de juliol i que ha estat l'instrument aplicat fins ara conjuntament amb les determinacions de la legislació estatal compreses dins d'aquest àmbit competencial. La política d'habitatge passa a ser amb el nou Estatut competència exclusiva de la Generalitat. Aquesta és efectivament la màxima responsable de fixar les prioritats en el foment de l'habitatge públic, els requisits per accedir als ajuts públics de vivenda, decidir si es vol primar el lloguer o la venda... i determinar les condicions d'habitabilitat dels habitatges, tant públics com privats¹⁸.

L'Institut Català del Sòl és l'entitat urbanística especial de la Generalitat per aquells propòsits. Alhora, els Ajuntaments tenen sovint instruments de gestió directa en les matèries relatives a la seva pròpia competència. Destaquem en el desenvolupament legislatiu català, el Pla per al dret a l'habitatge 2004-2007, així com varis Decrets del 2005 amb els objectius d'establir un conjunt de mesures de reforç i de foment de les diverses figures d'habitatge assequible a Catalunya, protegit i concertat, de prevenció de l'exclusió social residencial, de mediació en el mercat del lloguer social, de mobilització del parc desocupat, i de rendibilització del parc de lloguer existent, i política d'aval per incrementar l'oferta de lloguer. Així mateix el Pla prioritza l' habitatge de lloguer, la creació de nou sòl residencial, la construcció directa per part d'INCASOL i el Programa de Rehabilitació de barris i la innovació tecnològica en la construcció. Tot això en el marc i en coherència també del Pla estatal 2005-2008 per afavorir l'accés dels ciutadans a l'habitatge.

La promoció de l'habitatge protegit es pretén realitzar a través d'ajuts als promotors i als compradors d'habitatge amb protecció oficial de compra; i de modus similar per a lloguer; alhora, es defineixen actuacions per prevenir l'exclusió social residencial (a través d'ajuts al pagament del lloguer a col·lectius amb risc d'exclusió social residencial; ajuts a la Xarxa de Mediació per al Lloguer Social i per la mobilització del

¹⁸ - Així mateix, la Generalitat ha aprovat altres lleis que, sense regular pròpiament l'àmbit urbanístic, contenen disposicions que hi incideixen directa o indirectament. Entre altres, cal fer referència a la Llei de novembre de 1989, de política territorial, que regula els instruments de planejament territorial amb els quals ha d'ésser coherent el planejament urbanístic, i també de la de desembre de 1991, de l'habitatge.

parc desocupat. Existeix avui pendent un nou Projecte de llei de dret a l'habitatge a Catalunya, i les mesures anunciades de gravar l'habitatge desocupat han generat pel moment una important controvèrsia.

En conjunt, la situació de l'accés a l'habitatge a Catalunya és, per alguns col·lectius, de gran fragilitat. Els quadres següents quantifiquen l'activitat pública en favor de la promoció de l'habitatge en les seves diferents modalitats i incidència temporal.

L'HABITATGE PROTEGIT A CATALUNYA, SEGONS TIPOLOGIES DE PROMOCIÓ.

	1992-95			1996-98			1999-01			2002	
	total			total			total			total	
	habitatges	mitjana	%	habitatges	mitjana	%	habitatges	mitjana	%	habitatges	%
	iniciats	anual		iniciats	anual		iniciats	anual		iniciats	
Promoció Pública	3.800	950	5,9	1.612	537	4,8	2.042	681	9,7	587	8,5
Protecció Oficial de Règim Especial	5.741	1.435	8,9	5.582	1.861	16,8	1.286	429	6,1		3
Habitatges en lloguer a 25 anys				120	40	0,4	1.184	395	5,6		22,8
Habitatge social estricte	9.541	2.385	14,8	7.314	2.438	22	4.512	1.504	21,5	2.373	34,2
Habitatges en lloguer a 10 anys							512	171	2,4	209	3
Protecció Oficial de Règim General	22.100	5.525	34,2	12.305	4.102	37	7.500	2.500	35,8	3640	52,5
Preu taxat nova construcció	32.966	8.242	51	13.214	4.405	39,7					0
Protegits de la Comunitat Autònoma				455	152	1,4	8.436	2.812	40,2	714	10,3
Altres habitatges protegits	55.066	13.767	85,2	25.974	8.658	78	16.448	5.483	78,5	4.563	65,8
Total habitatges protegits	64.607	16.152	100	33.288	11.096	100	20.960	6.987	100	6.936	100
Habitatges iniciats totals	159.019	39.755		176.924	58.975		224.581	74.860		74.498	
Quota de mercat de l'habitatge protegit	40,6			18,8			9,3			9,3	

Font: elaboració pròpia(CTESC), a partir d'informacions de la DG d'Arquitectura i Habitatge.

S'observa un important increment anual en el total d'habitatges iniciats des del 1992 al 2002, tot i la pèrdua de quota de mercat en raó del boom immobiliari general, i en particular l'augment d'habitatge social el 2005

HABITATGES INICIALS PROTEGITS PER TIPUS DE PROMOCIÓ. CATALUNYA 2003-2005

Unitats: nombre d'habitatges i percentatge.

	Distribució					
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
	Remodelació de barris	411	353	322	8%	6%

Protecció oficial en règim especial	334	120	465	7%	2%	7%
Lloguer a 25 anys	1.217	1.680	2.316	24%	26%	33%
Lloguer a 30 anys	-	-	175	-	-	3%
Total habitatge social estricte	1.962	1.800	3.278	39%	28%	47%
Protecció oficial en règim general	2.967	3.662	2.573	59%	57%	37%
Preu concertat	-	-	141	-	-	2%
Lloguer a 10 anys	114	575	940	2%	9%	14%
Total altres habitatges protegits	3.081	4.237	3.654	61%	66%	53%
Total habitatges protegits	5.043	6.390	6.932	100%	100%	100%

HABITATGES CONSTRUÏTS DE NOVA PLANTA CATALUNYA 1995-2005.

INICIATS				ACABATS		
Qualificacions provisionals				Qualificacions definitives		
protecció oficial		Projectes visats		Cèdules habitabilitat		Certificats finals d'obra
promoció priv.		col.legis		habitages lliures		col.legis
D.G.A.H.		aparelladors		D.G.A.H.		D.G.A.H. aparelladors
2005	6.610	110.513	6,36%	4.692	65.750	78.403
2004	6.037	96.481	6,67%	5.462	59.650	71.101
2003	5.125	88.649	6,14%	4.586	56.939	68.798
2002	6.349	74.498	9,32%	4.543	61.556	65.538
2001	5.737	67.794	9,24%	5.384	60.085	65.556
2000	4.928	78.519	6,70%	5.280	54.348	57.638
1999	8.251	78.267	11,78%	5.876	48.538	49.875
1998	3.350	71.776	4,90%	5.547	42.829	47.449
1997	7.761	58.301	15,36%	5.972	36.230	40.490
1996	6.287	46.344	15,70%	6.798	34.683	39.812
1995	9.043	43.196	26,48%	5.109	32.257	36.547

De nou el quadre anterior mostra l'empenta de l'habitatge de protecció oficial el 2005, recuperant els ritmes dels primers anys, tot i que es manté un elevat diferencial entre l'obra iniciada i l'acabada, de la que no n'és aliè el creixement del sector de la construcció en el seu conjunt.

V.- A MODUS DE RESUM I CONCLUSIÓ

De manera concisa, aquests serien els principals missatges de l'avaluació de les tres polítiques de benestar (educació, sanitat i serveis socials) analitzades de manera molt resumida en el text.

En termes generals, el fet de la multidimensionalitat de les accions per als objectius de les polítiques públiques (contra l'exclusió, per a la inserció laboral, la reconciliació de la vida familiar...) fa necessari analitzar la despesa social des d'una manera integrada; no des d'una perspectiva fragmentada, tan típica dels esquemes de repartiment competencial administratiu (la sanitat per una banda, els serveis socials per una altra; l'accés a l'habitatge envers la regulació del mercat de treball (quan un condiciona la mobilitat de l'altre); l'educació, les polítiques de formació i ocupació; les pensions contributives i les que no; entre prestacions monetàries i en espècie, quan el cert és que moltes d'aquestes àrees d'intervenció són intercanviables si es contempen, no des de la perspectiva de qui decideix sinó de com incideixen en els seus destinataris. Per exemple, per a una política que busqui eliminar l'exenció actual dels pensionistes als copagaments farmacèutics i alhora pujar la pensió mínima. Fins i tot a igual impacte pressupostari (eliminar una exenció vol dir recaptar més, augmentar la pensió gastar-ho) aquesta variació té efectes en política redistributiva pública no neutrals, i avui d'interès social evident. De manera similar en l'augment de preus públics i taxes acadèmiques a la universitat de manera generalitzada, i l'afavoriment selectiu de l'exenció parcial o total per a altres, a igual cost per a l'erari públic; o afavorint una política d'acompanyament a l'accés a l'habitatge d'aquest mateix jove, ja que el fet de minorar aquesta restricció potser més important que la barrera que pot representar el preu de la matrícula dels estudis, cara a afavorir l'equitat d'accés a l'ensenyament, essent com són fungibles els diners sortits d'una mateixa renda. De modus molt semblant es pot argumentar per a la intercanviabilitat de subsidis condicionats i despeses en formació, per la inserció o retorn al mercat de treball, i la subsidiació social peremptòria de l'atur (*work-fare versus welfare*, en terminologia anglosaxona), a la vista del seu impacte i efectivitat intertemporals en els col·lectius afectats (si bé generant més despesa pública a curt en el primer dels casos, es poden provocar més ingressos a mig i llarg, o estalviar-ne despeses a futur).

Altrament, algunes conclusions miscel·lànies serien:

- (i) El sentit comú porta a recordar que no és un objectiu en si mateix per a un país tenir un rati elevat de despesa social: és l'economia i la cohesió social que ha d'anar bé, de manera que no calgui identificar major benestar amb increments de despesa social.
- (ii) Parlar de recursos sense valorar el cost social d'obtenir-los no té lògica econòmica ni racionalitat social. Parlar de despesa ha de implicar així també parlar de impostos: qui paga què i amb quins efectes redistributius.
- (iii) Referir-se als recursos utilitzats sense avaluar-ne els resultats de la seva aplicació no té sentit social.
- (iv) Considerar resultats obliga a un esforç d'interdisciplinarietat important, i de major interdepartamentalitat, no essent important qui gasta o com gasta sinó en què gasta, per a quin objectiu i amb quins resultats.
- (v) Identificar objectius requereix identificar beneficiaris d'aquestes polítiques: individus, grups de població... des d'una perspectiva integrada de càrregues i beneficis del conjunt de les actuacions públiques i al llarg del cicle vital d'aquells, tot i evitant les perills de la focalització i les respostes corporatives.
- (vi) Aquesta nova perspectiva exigeix unes polítiques més orientades, menys generalistes i més arrelades a l'entorn dels condicionants que generen les necessitats que senyalitzen els factors que les polítiques públiques intenten corregir. Això exigeix canvis en la gestió de les polítiques públiques en general que afecten tant a l'organització administrativa com a la formació dels seus professionals.
- (vii) En el cas concret de l'avaluació de les polítiques de l'estat de benestar a Catalunya, destaca la manca d'informació estadística sobre resultats finals (més enllà dels indicadors de recursos vinculats a les activitats administratives i als outputs intermitjos), la qual cosa prova la manca d'una sistemàtica a l'avaluació de les polítiques públiques que romanen instal·lades més en la justificació política i del procediment legal que de l'economia aplicada.
- (viii) La valoració que es pot fer en qualsevol cas a partir de les dades relatives als recursos dedicats a les polítiques socials ens mostra uns diferencials elevats a la correlació convencional observada empíricament entre despesa social i desenvolupament econòmic. La major part de la despesa en protecció social

rau avui en mans dels ens territorials que resten més propers a l'aparició i tractament dels problemes socials, amb una evolució de despesa a l'alça i que no sempre es veu corresposta en capacitat de co-decissió i per una major participació en el finançament, encara majoritàriament realitzat a partir de les transferències estatals.

- (ix) Això és en especial avui el cas de la sanitat i l'educació, ja que el finançament estatal d'aquestes despeses segueix vinculat a criteris demogràfics i no al grau de desenvolupament autonòmic –tal com marcaria el seu nivell de PIB. Aquesta insuficiència entre aspiracions i recursos genera insatisfacció (ciutadana i entre els professionals) i conjunturalment dèficits per infrapressupostació que aboca a un major finançament privat complementari. Aquest (o l'alternativa dels recàrrecs en els impostos) en principi seria una solució acceptable si a l'àmbit territorial existís una major correlació entre pagaments fiscals i serveis públics rebuts.
- (x) La situació sembla particularment perjudicial a Catalunya per a persones grans que no disposen de pensions ajustades al diferencial de costos que s'observen a la nostra Comunitat, i per als joves i per als aturats de llarga durada (els nous pobres avui) que no comptem amb àmbits de protecció social específics a les seves necessitats i en particular, per als primers, a la vista del difícil accés a l'habitatge. Per a una major proximitat als reptes que contenen cadascuna d'aquestes polítiques, el text intenta oferir una ullada objectiva a la situació i tendències que s'enregistren a partir del canvi demogràfic i l'orientació seguida per als nostres mercats de treball.
- (xi) La qüestió de la sostenibilitat, tal com s'ha abordat aquí en el text, no planteja una interrogant financera (és sostenible en un sistema públic el que els polítics decideixen finalment finançar) sinó de lògica econòmica i racionalitat col·lectiva. Així, és dubtós que a la llum dels dos paràmetres anteriors no es revisin avui els mitjans de l'actuació pública sense atendre a la seva efectivitat, sense elaborar un nou balanç entre responsabilitats públiques i privades vistes les noves necessitats emergents respecte de polítiques avui inerts a l'acció pública, entre finançament públic coactiu solidari i aportacions dels usuaris, a la vista de les càrregues i beneficis que suporten distintes generacions avui i aquestes respecte de generacions futures, etc. Aquests interrogants i no els relatius a la possibilitat d'assignar

més recursos des de l'economia a les AA.PP. hauria d'ocupar una major atenció a l'agenda dels investigadors, i de la dels economistes en particular.

- (xii) Un problema més general de les polítiques socials és que acaben recollint els fracassos i efectes no desitjats de moltes altres polítiques, fent aflorar una necessitat de recursos que les identifiquen més com a un sector de despesa que de creació de benestar o de recuperació del valor social que aquelles altres han fet perdre

BIBLIOGRAFIA.

Ayala L. (2006) Equitat interterritorial a les rendes mínimes entre les CC.AA. *Nota d'Economia* no 85 Generalitat de Catalunya.

Boldrin, Michele y Ana Montes (2005): The intergenerational state: Education and pensions' *Review of Economic Studies* 72, 651-664.

Boldrin, Michele and Sergi Jiménez-Martín (2006): *Assesing the Wellbeing of the Spanish Elderly* Universidad Carlos III Mimeo.

Boskin MJ (1987): Intergenerational aspects of government policy under changing demographic and economic conditions. *Business Economics*, Vol. 22, No. 3, Jul 1987. 18-24 pp. Cleveland, Ohio.

Casado D (2006) El finançament de la dependència: situació actual i reptes de futur, *Nota d'Economia* no 85 Generalitat de Catalunya pàgs 55-65.

Diamond P (1965): National debt in a neoclassical growth model, *American Economic Review* 55 (5), 1126-1150.

Esping-Andersen, Gosta (2006): Col.locar el bou davant del carro: el camí cap a un model social per a l'Europa de la meitat del Segle. en *Nota de Economia* no 85 pàg 9 a 32

Galasso V i P. Profeta (2004), Lessons for an ageing society: the political sustainability of social security systems. *Economic Policy* April 2004 pp. 63–115.

Garcia Gómez P. i G. López Casanovas Inmigración y Bienestar *Moneda y Crédito* Seg Epoca, no 222, pàgs. 79-124, 2006.

Gil i Trasfí, J. (2006), El sistema de pensions a Catalunya: trets diferencials amb Espanya, *Nota d'Economia* Número 85.

Gonzalez Eiras M. i N. Dirk (2006): *Transfers versus investment: The politics of intergenerational redistribution and Growth* Univ. de San Andres, mimeo.

López-Casasnovas G.(2004) *Gasto sanitario en España: análisis de los factores determinantes del nivel de gasto sanitario en España y en el conjunto de los países de la OCDE*. Cap. 2. En: Puig-Junoy J, López-Casasnovas, Ortún V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson. p. 43-92.

Lopez Casasnovas G. i A. Rico (2005) La Descentralización sanitaria, parte del problema o de la solución? *Gaceta Sanitària*, primer trimestre

López-Casasnovas G (2006) La Evaluación de las Políticas Públicas *Ekonomiaz* no 60 pàgs 7-17.

López Casasnovas G (2006) L'estat de benestar: Reflexió per a encarar-ne el futur *Nota d'Economia* nó 85 2n quadrimestre.

López Casanovas G (2007) 'La descentralización fiscal en España en la nueva disyuntiva. Algunas reflexiones generales, y específicas al caso de la sanidad' a S. Lago, Monografía sobre *La Nueva Financiación Autonómica*, Instituto de Estudios Fiscales.

López Casanovas i A. Mosterín (2006) 'El gasto social ante la evolución demográfica: el papel de las políticas públicas en la redistribución intergeneracional'. *Nota d'Economia* 85 2n quadrimestre.

López Casanovas G (Dir.) David Casado Marín i Pilar García Gómez (2006) *Anàlisi dels aspectes econòmics i financers de l'avantprojecte de llei de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència* Mimeo ICAS/ Departament de Benestar i CRES/UPF, 2006.

Miret i Gramundi, P (2004), *Emancipació domiciliària, laboral i familiar dels joves a Catalunya*, Secretaria General de Joventut , Generalitat de Catalunya

Ortún V. De la evaluación a la gestión: acotar la brecha entre eficacia y efectividad. *Ekonomiaz* 2005; 60(3), Vol. I: 58-75.

Puig-Junoy J. *Sostenibilidad y fuentes de financiación del crecimiento del gasto sanitario público. Implicaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Cap. 7. En: Puig-Junoy J, López-Casanovas, Ortún V. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson. 2004. p. 207-235.

Ruiz-Huerta J i O. Granado (2003) La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica. Documento de Trabajo 31. Fundación Alternativas.

Urbanos RM. El acuerdo de financiación sanitaria y su repercusión para el Sistema Nacional de Salud. *Presupuesto y Gasto Público* 2006; 42: 229-240.

Utrilla de la Hoz, Alfonso (2006), El balanç de la Seguretat Social i de les pensions per comunitats autònomes, *Nota d'Economia* Número 85 pàg 45 a 55.