



Autonomies i desigualtats a Espanya: Percepcions, evolució social i polítiques de benestar

Raquel Gallego (dir.)
Joan Subirats (dir.)
José Adelantado
Miquel Àngel Alegre
Eva Alfama
Pablo Barberá
Xènia Chela

Mariña Couceiro
Marta Cruells
Sheila González
Mariela Iglesias
Gabriela Monteiro
Clara Riba
Julio Souto



**AUTONOMIES I DESIGUALTATS A ESPANYA:
PERCEPCIONS, EVOLUCIÓ SOCIAL I POLÍTIQUES DE BENESTAR**



AUTONOMIES I DESIGUALTATS A ESPANYA: PERCEPCIONS, EVOLUCIÓ SOCIAL I POLÍTIQUES DE BENESTAR

Raquel Gallego (dir.)

Joan Subirats (dir.)

José Adelantado

Miquel Àngel Alegre

Eva Alfama

Pablo Barberá

Xènia Chela

Mariña Couceiro

Marta Cruells

Sheila González

Mariela Iglesias

Gabriela Monteiro

Clara Riba

Julio Souto



Generalitat de Catalunya

Institut d'Estudis Autònoms

Autonomies i desigualtats a Espanya : percepcions, evolució social i polítiques de benestar. – (Con(textos) A ; 13)

Bibliografia

ISBN 9788439387039

I. Gallego Calderón, Raquel, dir. II. Subirats, Joan (Subirats i Humet),

dir. III. Institut d'Estudis Autònomic (Catalunya) IV. Col·lecció:

Con(textos) A ; 13

1. Desigualtats regionals – Espanya – Comunitats autònomes

2. Benestar social – Espanya – Comunitats autònomes –

Desigualtats regionals 3. Comunitats autònomes – Política social

351.84(460)

Aquesta recerca es va dur a terme de març de 2008 a novembre de 2009, gràcies al finançament aportat per l'Institut d'Estudis Autònomic (IEA) de la Generalitat de Catalunya. L'equip de recerca el formaven: José Adelantado, Miquel Àngel Alegre, Eva Alfama, Pablo Barberá, Xènia Chela, Mariña Couceiro, Marta Cruells, Sheila González, Mariela Iglesias, Gabriela Monteiro, Clara Riba i Julio Souto, amb la coordinació de Raquel Gallego i Joan Subirats.

L'IEA no s'identifica necessàriament amb les opinions dels autors d'aquest llibre ni se'n responsabilitza, com tampoc ho fa de les dades o dels documents externs que s'hi hagin incorporat.

© Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis Autònomic

Primera edició: febrer de 2011

Tiratge: 1.000 exemplars

ISBN: 978-84-393-8703-9

Dipòsit legal: B.43637-2010

Impressió: El Tinter, SAL (empresa certificada ISO 9001, ISO 14001 i EMAS)



Imprès en paper certificat FSC®

1. COMPORTA EL DESPLEGAMENT AUTONÒMIC UN AUGMENT DE LES DESIGUALTATS A ESPANYA? DESCENTRALITZACIÓ, POLÍTQUES DE BENESTAR I JUSTÍCIA SOCIAL	23
1.1. Autonomies i desigualtat: el debat a l'Estat espanyol	24
1.2. L'impacte de l'autogovern: el plantejament de l'estudi	27
1.3. Bibliografia	31
2. PERCEPCIONS CIUTADANES SOBRE LA DESCENTRALITZACIÓ AUTONÒMICA I LES POLÍTQUES SOCIALS	33
2.1. L'estat del benestar i el procés de descentralització autonòmica	37
2.1.1. La percepció de l'estat del benestar	37
2.1.2. Diferències territorials i descentralització autonòmica	39
2.2. La política educativa	43
2.3. La política sanitària	46
2.4. La política de serveis socials	53
2.5. Conclusions	59
2.6. Bibliografia	61
3. ANÀLISI DE LA REALITAT SOCIOESTRUCTURAL DE LES COMUNITATS AUTÒNOMES	63
3.1. Introducció	65
3.2. Els factors socioestructurals de les comunitats autònomes	66
3.3. Evolució de la realitat socioestructural de les comunitats autònomes	70
3.3.1. Valors mitjans dels factors al llarg del període 1991-2005	71
3.3.2. Evolució de les desigualtats entre comunitats autònomes al llarg del període 1991-2005	79
3.4. Anàlisi a nivell comparat entre comunitats autònomes	87
3.4.1. Anàlisi comparada per factors: diferències entre comunitats autònomes	88
3.4.2. Anàlisi comparada per comunitats autònomes: diferències entre factors	95
3.5. Similaritats entre comunitats autònomes	100
3.6. Conclusions	102
3.7. Annexos	103
3.7.1. Annex 1: llista completa d'indicadors inclosos a l'anàlisi	103
3.7.2. Annex 2: detall de les tècniques estadístiques aplicades	107
3.7.3. Annex 3: resultats de l'anàlisi factorial	108
3.7.4. Annex 4: anàlisi comparada per comunitats autònomes; diferències entre factors	114
3.7.5. Annex 5: resultats de l'anàlisi de conglomerats	120

4. LA DIMENSIÓ SIMBÒLICA DE LES POLÍTIQUES EDUCATIVES	
AUTONÒMIQUES: CONVERGÈNCIES I DIVERGÈNCIES	131
4.1. Introducció.....	133
4.2. Emmarcament de l'estudi	134
4.2.1. En el marc del <i>mainstream</i> escolar.....	135
4.2.2. Més enllà del <i>mainstream</i> escolar	136
4.3. Exploració empírica	138
4.3.1. En el marc del <i>mainstream</i> escolar.....	138
4.3.2. Més enllà del <i>mainstream</i> escolar	143
4.4. Discussió.....	149
4.4.1. En el marc dels <i>mainstream</i> escolar.....	149
4.4.2. Més enllà del <i>mainstream</i> escolar	152
4.5. Conclusions	156
4.6. Bibliografia.....	158
4.7. Annex.....	159
5. LA DIMENSIÓ SUBSTANTIVA DE LES POLÍTIQUES EDUCATIVES	
AUTONÒMIQUES: CONVERGÈNCIES I DIVERGÈNCIES	169
5.1. Introducció.....	171
5.2. Resultats	172
5.2.1. El finançament de l'educació.....	172
5.2.2. La cobertura escolar.....	180
5.3. Discussió.....	203
5.4. Conclusions	208
6. LA DIMENSIÓ OPERATIVA DE LES POLÍTIQUES EDUCATIVES	
AUTONÒMIQUES: CONVERGÈNCIES I DIVERGÈNCIES	211
6.1. Introducció.....	213
6.2. Emmarcament de l'estudi	213
6.2.1. Les fonts de benestar	213
6.2.2. Fonts de benestar i política educativa.....	216
6.2.3. Dimensions prioritzades en l'estudi	217
6.3. Resultats	220
6.3.1. L'eix mercantilització.....	220
6.3.2. L'eix municipalització.....	230
6.4. Discussió.....	232
6.4.1. Mercantilització i esforç pressupostari.....	233
6.4.2. Municipalització i esforç pressupostari	236
6.5. Conclusions	239
6.6. Bibliografia.....	240

7. LA DIMENSIÓ SIMBÒLICA DE LES POLÍTQUES SANITÀRIES AUTONÒMIQUES DES D'UNA PERSPECTIVA COMPARADA	241
7.1. El procés de descentralització sanitària a l'Estat espanyol	245
7.1.1. Traspàs i distribució competencial en l'àmbit sanitari.....	245
7.1.2. Mecanismes de coordinació i cooperació.....	248
7.2. Els principis orientadors de les polítiques sanitàries	249
7.2.1. Principis generals	249
7.2.2. Principis específics.....	251
7.3. El reconeixement de drets i la seva evolució a les comunitats autònomes.....	254
7.3.1. L'establiment del dret a la salut (1978-90)	254
7.3.2. El desenvolupament dels nous drets vinculats a la salut (2000).....	256
7.4. Conclusions	260
7.5. Bibliografia.....	261
7.6. Annexos	263
7.6.1. Dimensió simbòlica	263
8. LA DIMENSIÓ SUBSTANTIVA DE LES POLÍTQUES SANITÀRIES AUTONÒMIQUES DES D'UNA PERSPECTIVA COMPARADA	265
8.1. Els recursos econòmics de la sanitat pública de les CA	268
8.1.1. Models de finançament	268
8.1.2. Despesa sanitària pública.....	270
8.2. La cobertura sanitària a les CA	274
8.3. Conclusions: descentralització i evolució de les diferències entre CA	285
8.4. Bibliografia.....	288
9. LA DIMENSIÓ OPERATIVA DE LES POLÍTQUES SANITÀRIES AUTONÒMIQUES DES D'UNA PERSPECTIVA COMPARADA	291
9.1. La nova gestió pública en l'àmbit sanitari	293
9.2. Les opcions operatives de les polítiques sanitàries autonòmiques	296
9.2.1. La personalitat jurídica	298
9.2.2. Els mecanismes de relació.....	304
9.3. El pes de l'esfera privada i familiar en la provisió de serveis sanitaris	308
9.3.1. El sector privat mercantil i el sector privat benèfic.....	308
9.3.2. L'aportació de les famílies	312
9.4. Conclusions	314
9.5. Bibliografia.....	315
10. LA DIMENSIÓ SIMBÒLICA EN LES POLÍTQUES AUTONÒMIQUES DE SERVEIS SOCIALS I ASSISTÈNCIA SOCIAL	319
10.1. Introducció.....	321
10.2. Patrons de dependència, europeïtzació i poder causal de les idees en els canvis de paradigma	322
10.3. Les idees i els discursos a les lleis autonòmiques de SS	325

10.3.1. Marc interpretatiu 1: universalisme i responsabilitat pública (1982-1992)	325
10.3.2. Marc interpretatiu 2: privatització i altruisme (1993-2003)	326
10.3.3. Marc interpretatiu 3: subjectivació de drets i copagament (2003-2008)	326
10.4. Les idees i el discurs de la UE sobre la pobresa, la inserció i la inclusió. La reacció d'Espanya	327
10.4.1. Marc interpretatiu 4: pobresa i dret a la inserció (1975-1996)	328
10.4.2. Marc interpretatiu 5: creixement, ocupació i cohesió social (1997-2005)	329
10.4.3. Marc interpretatiu 6: creixement, ocupació i governança (2005-2008)	330
10.5. Discussió i conclusions	331
10.6. Bibliografia	336

11. LA DIMENSIÓ SUBSTANTIVA EN LES POLÍTIQUES AUTONÒMIQUES DE SERVEIS SOCIALS

341

11.1. Introducció	343
11.2. El procés de descentralització	343
11.2.1. La descentralització a la Constitució i als estatuts d'autonomia	343
11.2.2. La descentralització en les lleis autonòmiques de serveis socials	345
11.3. Finançament de les polítiques autonòmiques de serveis socials	347
11.4. Cobertura dels serveis socials	350
11.4.1. Cobertura extensiva	350
11.4.2. Cobertura intensiva	356
11.5. Discussió i conclusions	359
11.5.1. Sobre el procés de descentralització	360
11.5.2. Sobre el finançament	360
11.5.3. Sobre la cobertura	361
11.5.4. Un intent de classificació?	362
11.6. Bibliografia	363

12. LA DIMENSIÓ OPERATIVA EN LES POLÍTIQUES AUTONÒMIQUES DE SERVEIS SOCIALS

365

12.1. Introducció	367
12.2. Xarxa d'actors	367
12.2.1. Sector Públic	367
12.2.2. Sector Privat	368
12.2.3. Tercer Sector	369
12.2.4. Sector Informal	369
12.2.5. Qüestions sobre els actors	371
12.3. Serveis socials i recursos humans	373
12.4. Formes de gestió	376
12.4.1. Planificació multinivell	376
12.4.2. Coordinació i racionalització en la gestió	377

12.4.3. Divisió organitzativa en el disseny institucional	377
12.4.4. Transversalitat amb altres sistemes.....	379
12.4.5. Models de provisió del benestar.....	380
12.5. Conclusions: proposta de classificació?.....	381
12.6. Bibliografia	383

13. DESCENTRALITZACIÓ I DESIGUALTAT EN L'ESTAT DEL BENESTAR: EVOLUCIÓ SOCIOESTRUCTURAL, PERCEPCIONS I POLÍTIQUES AUTONÒMIQUES

385

13.1. Interpretació de l'evolució socioestructural, les percepcions i les polítiques autonòmiques.....	388
13.2. Educació	389
13.3. Salut	395
13.4. Serveis socials i assistència social.....	400
13.5. Conclusions	405
13.6. Bibliografia	408

Índex taules

(la primera xifra indica el capítol on es troba la taula)

Taula 2.1.	Síntesi de les percepcions dels grups de discussió respecte quines són les comunitats autònomes amb millor i pitjor situació respecte aquests 3 àmbits	40
Taula 2.2.	Síntesi de les percepcions aparegudes als grups de discussió respecte la política educativa	47
Taula 2.3.	Percepcions al voltant de la comparació entre la sanitat pública i la privada, per comunitats autònomes	51
Taula 2.4.	Síntesi de les percepcions dels grups de discussió respecte a la política sanitària	52
Taula 2.5.	Síntesi de les percepcions dels grups de discussió respecte als serveis socials, per comunitats autònomes	59
Taula 3.1.	Dimensions resultants de l'anàlisi factorial	67
Taula 3.2.	Posició relativa mitjana de cada comunitat en els factors de demografia	96
Taula 3.3.	Posició relativa mitjana de cada comunitat en els factors d'ocupació	96
Taula 3.4.	Posició relativa mitjana de cada CA en els factors de protecció social	97
Taula 3.5.	Posició relativa mitjana de cada CA en els factors de gent gran i salut	98
Taula 3.6.	Posició relativa mitjana de cada comunitat en els factors de població estrangera, educació i economia	98
Taula 3.7.	Posició relativa mitjana de cada comunitat en els factors d'habitatge, seguretat i justícia, i capital social i participació	99
Taula 4.1.	Posicionament discursiu del dret i accés a l'educació dins el <i>mainstream</i> escolar ...	139
Taula 4.2.	Posicionament discursiu dels valors dels àmbits de l'educació fora del <i>mainstream</i> escolar	144
Taula 4.3.	Puntuació i procediments de valoració referits al criteri prioritari de la renda	151
Taula 5.1.	Indicadors de finançament, per comunitats autònomes. Any 2000 (curs 1999-2000)	173
Taula 5.2.	Indicadors de finançament, per comunitats autònomes. Any 2000 (curs 1999-2000)	175
Taula 5.3.	Indicadors de finançament, per comunitats autònomes. Any 2007 (curs 2006-2007)	176
Taula 5.4.	Indicadors de finançament, per comunitats autònomes. Any 2007 (curs 2006-2007)	178
Taula 5.5.	Indicadors bàsics del finançament del sistema de beques, per comunitats autònomes. Anys 2000 (curs 1999-2000) i 2007 (curs 2006-2007)	180
Taula 5.6.	Ràtio alumnes/grup-classe a primària i ESO, per sectors de titularitat (1999-2000 i 2008-2009)	182
Taula 5.7.	Presència d'alumnat estranger a primària i ESO. Equitat en l'accés per sectors de titularitat (2008/2009)	183
Taula 5.8.	Taxa neta d'escolarització als 17 anys als ensenyaments postobligatoris (1999-2000 i 2007-2008)	186
Taula 5.9.	Taxa bruta d'escolarització als ensenyaments postobligatoris (2008-2009)	188
Taula 5.10.	Ràtio alumnes/grup-classe als ensenyaments postobligatoris, per sectors de titularitat (1999-2000 i 2008-2009)	190

Taula 5.11. Presència de noies a l'ESO i als ensenyaments postobligatoris (1999-2000, 2007-08).....	192
Taula 5.12. Presència d'alumnat estranger als ensenyaments postobligatoris i normalització en l'accés (2008-2009).....	194
Taula 5.13. Presència d'alumnat estranger als ensenyaments postobligatoris. Equitat en l'accés per sectors de titularitat (2008/2009).....	195
Taula 5.14. Nombre de places d'escolarització infantil, per sectors de titularitat (2000-2001 i 2007-2008).....	197
Taula 5.15. Nombre de places d'educació d'adults (formal i no formal) (2000-2001 i 2008-2009).....	200
Taula 5.16. Taxa bruta d'escolarització en ensenyaments formals i no formals (2000-2001 i 2008-2009).....	201
Taula 6.1. Distribució de l'alumnat de primària i ESO entre sectors titularitat, curs 2000-2001.....	221
Taula 6.2. Distribució de l'alumnat de primària i ESO entre sectors titularitat, curs 2007-2008.....	222
Taula 6.3. Distribució de l'alumnat als ensenyaments postobligatoris entre sectors titularitat, curs 2000-2001.....	224
Taula 6.4. Distribució de l'alumnat als ensenyaments postobligatoris entre sectors titularitat, curs 2007-2008.....	225
Taula 6.5. Distribució de l'alumnat a l'educació infantil (1r cicle) i a la formació d'adults entre sectors de titularitat, cursos 2000-2001 i 2007-2008.....	227
Taula 6.6. Indicadors de despesa pública, per CA. Anys 2000 (curs 1999-2000) i 2007 (curs 2006-2007).....	260
Taula 6.7. Comparativa entre tipologies de Bonal et al. i pròpia.....	265
Taula 6.8. Moviments dels règims escolars autonòmics a través de les tipologies, anys 2000 i 2007.....	236
Taula 7.1. Síntesi dels principis rectors explicitats per les comunitats autònomes en les lleis de sanitat.....	263
Taula 7.2. Síntesi dels drets de salut de la LGS, LAP i LCCSNS explicitats per les comunitats autònomes en les seves lleis de salut.....	264
Taula 8.1. Despesa sanitària per persona protegida. 1999 i 2005.....	272
Taula 8.2. Evolució entre 1996-2007 del nombre d'habitants amb TS per plaça de metge de família i per CA.....	277
Taula 8.3. Nombre de serveis que ofereixen les CA en les diferents línies d'atenció. 2007.....	280
Taula 8.4. Distància entre els valors màxims i mínims de les CA i valor mitjà per cadascuna de les variables analitzades.....	287
Taula 9.1. Configuració dels serveis de salut a les comunitats autònomes. 2008.....	289
Taula 9.2. Formes de gestió dels serveis sanitaris.....	302
Taula 9.3. Principals mecanismes de relació entre autoritats sanitàries i proveïdors de serveis sanitaris.....	304
Taula 9.4. Nombre de centres sanitaris autoritzats per a actuar com a hospitals (centres amb internament) per les respectives CA 2006. Ordenats en funció del percentatge de centres concertats.....	306

Taula 9.5. Modalitat de la cobertura sanitària. Distribució percentual de la població de 0 i més anys. 2006	311
Taula 9.6. Despesa mitjana anual de les llars (en euros) en el grup de despesa 6 (salut). 1998 i 2006. Ordenats en funció del percentatge de despesa en salut l'any 2006 ...	314
Taula 9.7. Classificació de les comunitats autònomes en base a les seves característiques operatives predominants	314
Taula 10.1. Annex 1: Producció legislativa de les CA sobre serveis socials, rendes mínimes d'inserció i voluntariat social (1982-1996)	339
Taula 10.2. Annex 2: Producció legislativa sobre serveis socials, rendes mínimes d'inserció, voluntariat social i plans autonòmics d'inclusió social (1997-2008)	340
Taula 11.1. Percentatge del pressupost en serveis socials respecte al pressupost total de la comunitat autònoma	349
Taula 11.2. Distribució funcional de la despesa en actuacions de protecció i promoció social (2006)	351
Taula 11.3. Indicadors d'oferta de serveis socials per a persones grans. Any 2006	355
Taula 11.4. Indicadors de despesa en serveis socials (2003)	356
Taula 11.5. Beneficiaris i despesa en prestacions per ingrés mínim d'inserció (2004)	359
Taula 12.1. Entitats no lucratives d'acció social i serveis socials, per Administració a què estan adscrites	370
Taula 12.2. Entitats, segons col·lectiu atès, per Administració on estan registrades (2005)	374
Taula 13.1. Grau de diferenciació en polítiques educatives autonòmiques	394
Taula 13.2. Grau de diferenciació en polítiques autonòmiques de salut	401

Índex gràfics

(la primera xifra indica el capítol on es troba el gràfic)

Gràfic 3.1. Evolució de les mitjanes dels factors demogràfics	71
Gràfic 3.2. Evolució de les mitjanes dels factors d'ocupació	72
Gràfic 3.3. Evolució de les mitjanes dels factors de protecció social	73
Gràfic 3.4. Evolució de les mitjanes dels factors relacionats amb la gent gran	74
Gràfic 3.5. Evolució de les mitjanes dels factors de salut	74
Gràfic 3.6. Evolució de la mitjana del factor relacionat amb la població estrangera	75
Gràfic 3.7. Evolució de les mitjanes dels factors educatius	76
Gràfic 3.8. Evolució de les mitjanes dels factors econòmics	76
Gràfic 3.9. Evolució de les mitjanes dels factors d'habitatge	77
Gràfic 3.10. Evolució de les mitjanes dels factors de seguretat i justícia	78
Gràfic 3.11. Evolució de la mitjana estandarditzada de l'índex de capital social econòmic	78
Gràfic 3.12. Evolució de les desviacions típiques dels factors demogràfics	79
Gràfic 3.13. Evolució de les desviacions típiques dels factors d'ocupació	80
Gràfic 3.14. Evolució de les desviacions típiques dels factors de protecció social	81
Gràfic 3.15. Evolució de les desviacions típiques dels factors relacionats amb la gent gran	81
Gràfic 3.16. Evolució de les desviacions típiques dels factors de salut	82
Gràfic 3.17. Evolució de la desviació típica del factor relacionat amb la població estrangera	83
Gràfic 3.18. Evolució de les desviacions típiques dels factors educatius	83
Gràfic 3.19. Evolució de les desviacions típiques dels factors econòmics	84
Gràfic 3.20. Evolució de les desviacions típiques dels factors d'habitatge	84
Gràfic 3.21. Evolució de les desviacions típiques dels factors de seguretat i justícia	85
Gràfic 3.22. Evolució de la desviació típica de l'índex de capital social econòmic	86
Gràfic 3.23. Evolució de la desviació típica del diferencial d'abstenció respecte a la mitjana espanyola	87
Gràfic 3.24. Mitjanes dels factors demogràfics (per CA)	88
Gràfic 3.25. Mitjanes dels factors d'ocupació (per CA)	89
Gràfic 3.26. Mitjanes dels factors de protecció social (per CA)	90
Gràfic 3.27. Mitjanes dels factors relacionats amb la gent gran (per CA)	90
Gràfic 3.28. Mitjanes dels factors de salut (per CA)	91
Gràfic 3.29. Mitjanes dels factors relacionats amb la població estrangera (per CA)	92
Gràfic 3.30. Mitjanes dels factors d'educació (per CA)	92
Gràfic 3.31. Mitjanes dels factors econòmics (per CA)	93
Gràfic 3.32. Mitjanes dels factors d'habitatge (per CA)	93
Gràfic 3.33. Mitjanes dels factors de seguretat i justícia (per CA)	94
Gràfic 3.34. Mitjanes de l'índex de capital social (per CA)	94
Gràfic 3.35. Mitjanes del diferencial estandarditzat d'abstenció (per CA)	95
Gràfic 5.1. Índex d'equitat a l'educació primària i l'ESO (2008-2009)	184
Gràfic 5.2. Taxa neta d'escolarització als 17 anys als ensenyaments postobligatoris i a l'ESO (2007-2008)	187
Gràfic 5.3. Indicadors de pes de l'alumnat dels ensenyaments postobligatoris (2008-2009) ..	189
Gràfic 5.4. Índex de normalització al batxillerat i cicles formatius (2008-2009)	193
Gràfic 5.5. Índex d'equitat al batxillerat i cicles formatius (2008-2009)	196

Gràfic 5.6. Taxa neta d'escolarització als 0-2 anys, educació infantil de primer cicle (2000-2001 i 2008-2009)	198
Gràfic 5.7. Índex de normalització a l'educació infantil (1r i 2n cicle) (2007-2008).....	199
Gràfic 5.8. Taxa bruta d'escolarització en ensenyament formal (18-24 i 40-64 anys) (2008-2009).....	202
Gràfic 5.9. Relació entre despesa pública per estudiant d'infantil i primària (2007), i taxa neta d'escolarització als 0-2 anys (2008-2009)	204
Gràfic 5.10. Relació entre despesa pública per estudiant de secundària i professional (2007), taxa bruta d'escolarització postobligatòria (2008-2009)	205
Gràfic 5.11. Relació entre despesa pública per estudiant adult (2007), i taxa bruta d'escolarització (18-24 anys) a l'educació d'adults, ensenyaments formals (curs 2008-2009)	206
Gràfic 5.12. Relació entre despesa pública per estudiant d'infantil i primària (2007), i ràtio alumnes/classe a la primària, sector públic (curs 2008-2009).....	207
Gràfic 5.13. Relació entre despesa pública per estudiant de secundària i professional (2007), i ràtio alumnes/classe a l'ESO, sector públic (curs 2008-2009)	208
Gràfic 6.1. Distribució de l'alumnat de primària i ESO entre sectors de titularitat, curs 2007-2008	223
Gràfic 6.2. Distribució de l'alumnat de batxillerat i CFGM entre sectors de titularitat, curs 2007-2008	226
Gràfic 6.3. Distribució de l'alumnat d'educació infantil (1r cicle) entre sectors de titularitat, curs 2007-2008.....	228
Gràfic 6.4. Despesa per estudiant no universitari (en euros), per CA. Anys 2000 i 2007	231
Gràfic 6.5. Despesa pública en educació coberta per les corporacions locals, per CA, any 2007 ...	232
Gràfic 6.6. Creuament entre el pes del sector privat (curs 1999-2000) i la despesa pública per estudiant (any 2000), per CA	234
Gràfic 6.7. Creuament entre el pes del sector privat (curs 2008-2009) i la despesa pública per estudiant no universitari (any 2007), per CA	237
Gràfic 6.8. Creuament entre el pes de la despesa pública en educació de les corporacions locals i la despesa pública per estudiant no universitari, per CA, any 2007	237
Gràfic 8.1. Grups diferenciats de comunitats autònomes en funció de la prioritització en la despesa sanitària	273
Gràfic 8.2. Despesa sanitària dedicada a atenció primària per càpita i personal sanitari de primària per cada 10.000 habitants. 2005.....	297
Gràfic 8.3. Despesa primària per càpita el 2005 i centres de salut per 10.000 habitants amb targeta sanitària. 2005	279
Gràfic 8.4. Relació de personal sanitari en hospitals per CA 1996-2005.....	203
Gràfic 8.5. Despesa hospitalària per persona protegida i personal sanitari per 10.000 habitants. 2005	284
Gràfic 8.6. Despesa hospitalària per persona protegida i llits per 1.000 habitants. 2005.....	284
Gràfic 9.1. % de llits instal·lats per 10.000 habitants que depenen d'entitats públiques. 2005	309
Gràfic 11.1. Evolució del nombre d'empreses i entitats de serveis socials a Espanya, 1999-2004.....	352
Gràfic 11.2. Ràtio d'empreses i entitats de SS per cada 10.000 habitants per CA	358

Índex figures

(la primera xifra indica el capítol on es troba la figura)

Figura 4.1. Posicionament dels marcs interpretatius de les CA referents a l'educació 0-3 anys.....	153
Figura 4.2. Posicionament dels marcs interpretatius de les CA referents a l'educació d'adults.....	154
Figura 4.3. Posicionament dels marcs interpretatius de les CA referents a l'educació més enllà de l'escola.....	156

1.

**COMPORTA EL DESPLEGAMENT AUTONÒMIC
UN AUGMENT DE LES DESIGUALTATS A
ESPANYA? DESCENTRALITZACIÓ, POLÍTIQUES
DE BENESTAR I JUSTÍCIA SOCIAL**

Raquel Gallego i Joan Subirats

A la majoria de països de l'OCDE i també en nombrosos estats d'economies en clar procés de creixement existeix des de fa temps el debat sobre l'impacte de la descentralització en l'equitat. Per alguns, la descentralització és un procés que pot ajudar a millorar la qualitat i la capacitat de resposta de les polítiques de benestar. Segons aquest argument, en la mesura que els poders públics amb capacitat de decisió s'acosten més al territori, les polítiques poden ajustar-se més a les necessitats específiques de la seva població. També es pot considerar positiu el fet que les comparacions i la "competència" entre les diferents regions o ens autònoms, generi lògiques de *benchmarking*, d'aprenentatge i incentius per la millora general de les polítiques públiques. Per d'altres, en canvi, la descentralització pot posar en perill l'equitat dins l'estat, a causa de les dinàmiques diferenciadores que se'n poden derivar entre els territoris i que podrien generar noves desigualtats entre les seves poblacions. I tot aquest debat s'emmarca en un procés de reconsideració sobre les pròpies polítiques de benestar, els seus límits i les seves inadequacions en relació a les noves realitats productives, socials i familiars.

La tensió entre *social citizenship* i les fórmules federals o descentralitzades de poder no és nova (Marshall, 1950). La promesa d'una ciutadania que assegurés un estatus igual per a tots els membres d'una comunitat, i un accés als serveis i prestacions socials en igualtat de condicions en tot el territori, pot entrar en conflicte amb la capacitat d'autogovern que implica un procés real de descentralització política (Banting, 2006). El problema és com equilibrar equitat i diversitat (Watts, 1999). En molts casos, l'objecte d'estudi ha estat analitzar com l'existència d'un estat central ha condicionat el desplegament territorial de l'estat del benestar: s'ha de sacrificar la capacitat de diferenciació territorial per tal d'assegurar l'equitat en el conjunt de l'estat? Però, podríem també preguntar-nos fins a quin punt l'existència d'un procés de *devolution* ha condicionat i modificat el desplegament de les polítiques centrals o estatals de benestar: la capacitat normativa dels governs descentralitzats han condicionat l'estructura de benestar del conjunt de l'estat? On han començat els processos d'innovació?

En l'origen d'aquest debat es troben els diferents processos de regionalització que diversos països han anat experimentant –en el cas europeu, des dels anys setanta fins l'actualitat. En el nostre entorn més proper, països amb diferents intensitats i ritmes de descentralització, com Bèlgica, Regne Unit, Itàlia o França han participat del debat i de les experiències del regionalisme, acostant-se així, en part, a les tradicions federalistes d'Alemanya o Àustria. Durant l'expansió de l'estat del benestar, les regions es van concebre de formes diferents: com espais per l'administració i la mobilització política; com a concreció d'una política territorial que pretenia fer front a la sobrecàrrega política i administrativa de l'estat; com una forma de racionalització de l'administració; com un mecanisme de distribució territorial dels recursos i d'estratègies de desenvolupament o com una forma de descentralitzar el cost de la reestructuració econòmica.

Des d'aleshores, el regionalisme ha combinat en dosis variables el fet de ser un moviment de defensa i reconeixement territorial amb una estratègia de modernització

econòmica i, inclús, amb ser un moviment de canvi constitucional i de transformació de l'estat. Aquesta evolució ha portat a diferents concrecions dels espais regionals. Tanmateix, s'ha mantingut la tensió entre regionalisme com una política estatal d'organització territorial que busca més desenvolupament i equilibri entre les diferents realitats socioeconòmiques, i el regionalisme com un moviment més identitari, sorgit des de baix –no des de les institucions sinó des de la societat civil.

La literatura comparada sobre aquests processos de descentralització mostra com el debat en relació al seu impacte sobre l'equitat sorgeix amb més intensitat allà on l'estat del benestar ja havia estat consolidat (McEwen i Moreno 1995). Fins i tot, la relació entre descentralització i creixement econòmic (Rodríguez-Pose i Gill 2004) o incipients tendències cap a la recentralització que estan sent objecte d'anàlisi (Requejo i Nagel, 2009) com un tema en plena vigència. En el cas espanyol, però, aquest debat es planteja en uns termes diferents, ja que la construcció d'un estat del benestar en el marc (i dins dels estàndards) d'un context europeu es produeix plenament vinculat a un profund procés de descentralització sense precedents en la història d'aquest estat. I tot això es desenvolupa en un moment en què, a nivell internacional, comença tant el debat sobre la crisi de l'estat del benestar, com el debat sobre l'impacte de la descentralització sobre l'equitat que aquest estat del benestar havia intentat consolidar.

1.1. Autonomies i desigualtat: el debat a l'Estat espanyol

Quan en 1977 es va començar a discutir la futura distribució territorial del poder a Espanya, els pros i els contres d'una descentralització general de les estructures polítiques d'un país de llarga tradició centralista van constituir una part dels debats centrals del procés de consolidació democràtica. Per uns, en aquell moment i encara ara, la centralització assegurava certes economies d'escala en alguns casos de producció de serveis; implicava una correcta coordinació i gestió de les externalitats en relació a cada àrea; garantia dosis més grans d'homogeneïtat en la provisió de serveis públics; facilitava polítiques redistributives i comportava major eficàcia en les polítiques d'estabilització. Pels partidaris de la descentralització, l'autonomia territorial permetia reduir la cadena burocràtica i els costos administratius; acostava administradors i ciutadans; permetia, com ja hem comentat, una certa competència entre institucions, el que comportaria millors serveis als ciutadans; i possibilitaria un cert grau d'experimentalitat en instrumentar-se de forma diferent en cada territori les solucions a problemes semblants.

A aquests aspectes tècnics o funcionals, s'afegeixen aquells de caràcter més polític que afectaven, sobretot, aquelles comunitats que tradicionalment havien mostrat

la seva incomoditat amb un esquema de govern centralista i que, defensant la seva identitat històrica diferenciada, reivindicaven una solució específica al seu encaix en una nova Espanya multinacional i democràtica. A tot això, es va afegir el procés d'integració d'Espanya a la Comunitat Europea, formalitzat a mitjans dels anys vuitanta, i el seu impacte en els nivells regionals de govern. Entre altres conseqüències, les comunitats autònomes es van trobar amb noves oportunitats de projecció política, econòmica i social que desbordaven i, en ocasions, prescindien del marc estatal.

Les comunitats autònomes van ser concebudes constitucionalment com institucions amb un gran pes a les polítiques de benestar. La distribució de competències fixada per la Constitució els atribuïa plenes competències en salut, educació i serveis socials, sempre d'acord amb les lleis de bases que aprovés el parlament de l'estat. Com hem esmentat, el sistema polític sorgit de la transició democràtica va tractar de combinar dos aspectes que no havien coincidit mai en la història contemporània del país: la resolució dels contenciosos amb els nacionalismes perifèrics i la descentralització general del model de govern. Des de la primera perspectiva, la sortida era establir un sistema polític que reconegués la diversitat històrica, cultural i política de l'Espanya de finals de segle ("xampany per a les nacionalitats"), seguint en part l'opció que es va prendre en l'Espanya republicana dels anys 30. Des de la segona, s'apuntava cap a un sistema descentralitzat però homogeni, sense grans diferències entre els nous poders autonòmics ("cafè per a tots"). L'opció dels constituents va ser barrejar ambdues perspectives ("cafè amb licor per a uns, cafè normal per a tots") (Börzel 2002). D'aquesta forma la Constitució espanyola de 1978 assumia la diversitat i asimetria del sistema autonòmic, però al mateix temps, no tancava la porta a un desenvolupament del sistema que acabés configurant un nivell d'autogovern relativament similar per als seus diferents components.

Així, les comunitats autònomes que haguessin aprovat històricament estatuts d'autonomia (Catalunya, País Basc i Galícia), més aquelles altres que ho demanessin després d'haver superat un referèndum (Andalusia), van tenir el màxim de competències des del primer moment, mentre que unes altres tres van obtenir aquell mateix nivell competencial gràcies a un traspàs des de l'Estat (Canàries, Comunitat Valenciana i Navarra). Les altres deu comunitats van haver d'esperar fins a finals de l'any 2001 per obtenir un nivell de competències similar a les pioneres en temes com salut o educació. En aquests moments, les 17 autonomies tenen el mateix nivell competencial en les polítiques de benestar, encara que és evident que han fet ús d'aquestes competències de manera diferenciada i amb ritmes diferents.

Donat el pes de les comunitats autònomes en les polítiques de benestar, no és estrany que el debat que relaciona descentralització i igualtat hagi estat cada cop més present en l'escenari polític espanyol –més encara quan, tres dècades després d'haver-se iniciat el procés de descentralització, la diversitat i asimetria entre els diferents territoris es continua constatant en molts i variats aspectes. Les comunitats autònomes són molt diferents entre si en relació a la grandària, població i realitat

socioeconòmica. En moltes d'elles es parla, amb diferent grau d'intensitat, llengües diferents de l'espanyol. En algunes existeixen diferències significatives quant al dret civil vigent, en aspectes tan significatius com els béns del matrimoni o el règim d'herència. En d'altres, i basant-se en els seus drets històrics, es reconeix una capacitat d'autonomia fiscal que seria de fet impossible de generalitzar a la resta de comunitats. Els propis estatuts d'autonomia reconeixen drets diferents d'algunes autonomies quant a la seva organització institucional (possibilitats de dissolució del parlament, de mantenir eleccions sense que coincideixin amb les altres, etc.) o quant a les seves responsabilitats en matèria de cossos de seguretat propis o a les seves competències en matèria penitenciària. D'altra banda, l'ús que han fet de la seva capacitat d'autogovern ha estat molt diferent. Com són també molt diferents les percepcions dels seus ciutadans en relació a la seva identitat i al futur de l'estat autònic.

En aquest context, com es pot veure en els resultats de l'estudi dels grups de discussió que presentem en aquest llibre, la percepció en la majoria de comunitats és que la descentralització d'aquests trenta anys ha permès que tots millorin des de la situació de partida. Però, al mateix temps, es pensa que els territoris més desenvolupats han assolit sistemes de cobertura social millors i més complets per als seus habitants, i es creu, per tant, que les desigualtats "originals" o preexistents a l'estat de les autonomies s'han incrementat.¹ Malgrat aquestes percepcions i tal i com anirem veient en els diferents capítols del llibre, les dades existents confirmen que el nucli bàsic de drets i prestacions és essencialment compartit en tot l'estat, i que les diferències existents no afecten decisivament aquest sòcol comú.

Els arguments que s'apunten en els grups de discussió per justificar la possibilitat d'un repunt de les desigualtats entre comunitats es basen en les dinàmiques de pressions bilaterals (estat-comunitats) que percebeixen en la lluita pels recursos i en l'opacitat que entenen que envolten aquestes dinàmiques. Espanya no compta amb mecanismes d'inordinació i de presa de decisions conjunta a l'estil d'alguns estats federals a través dels quals les comunitats autònomes puguin participar (en espais institucionalitzats i en base a una lògica de representació territorial) en la configuració de la política estatal (Grau 2000, 2010). Però més enllà de les consideracions globals sobre l'evolució del sistema de benestar, sovint no hi ha coherència entre les percepcions dels ciutadans sobre les principals problemàtiques sectorials que s'observen a nivell socioestructural en les comunitats autònomes (en salut, educació, exclusió social) i les dades disponibles sobre la dotació i funcionament dels serveis corresponents.

En aquest escenari, després de trenta anys de descentralització, a l'Estat espanyol ens trobem en el moment actual immersos en aquest debat: discutint sobre les amenaces que representa pel conjunt del sistema espanyol de benestar la conti-

1 En el mateix sentit, vegeu el treball recent de Torcal i Mota (Torcal-Mota, 2010).

nuïtat i aprofundiment del procés de descentralització autonòmica o, des d'una altra perspectiva, analitzant com condicionen el desenvolupament futur de l'Estat de les autonomies les exigències de les polítiques socials en el conjunt del país. Aquest debat és més rellevant encara quan el punt central de tot procés de descentralització de la capacitat de decisió política és augmentar el ventall d'opcions a prendre, perquè es corresponguin, el millor possible, amb les necessitats concretes d'aquella part del territori. I a Espanya, això ve incrementat per la voluntat constituent de reconèixer i generar espais de diversitat (de les diferents nacionalitats i regions) en les relacions entre els ciutadans de cada comunitat i entre ells i el conjunt que representa l'Estat.

1.2. L'impacte de l'autogovern: el plantejament de l'estudi

És en el centre de la pròpia idea d'autogovern que ubiquem la recerca que aquí presentem. Sobre la base del procés de descentralització que ha caracteritzat la realitat del sistema públic de benestar a Espanya, ens qüestionem sobre els models autonòmics de benestar que en resulten, i sobre el possible abast i impacte d'aquests models, en termes d'igualtat, justícia i equitat; en funció de les característiques pròpies de la realitat social a la qual atenen. L'anàlisi que hem realitzat intenta oferir respostes en base a evidències i arguments a la pregunta genèrica: *El sistema de descentralització autonòmica que s'ha anat desenvolupant a Espanya en els darrers trenta anys, ha augmentat les desigualtats entre territoris? És atribuïble aquesta diferenciació a les decisions polítiques preses o existeixen altres elements en consideració?*

L'evolució de l'estat del benestar a Espanya ha estat i encara està plenament vinculat a la distribució territorial del poder. El motiu és que el mapa de les polítiques de benestar espanyol és resultat de dos processos simultanis i igualment dilatats en el temps des de la transició democràtica: d'una banda, la creació gradual (i encara inacabada) d'un estat del benestar en la línia dels seus veïns europeus i, d'altra banda, una descentralització (encara no tancada del tot) de les competències estatals, entre elles, les relacionades amb les principals polítiques socials de prestació de serveis. En aquest escenari, i causa de la inexistència de mecanismes institucionals tant de govern compartit com de coordinació horitzontal, les dinàmiques del govern multinivell han estat subjectes a negociacions predominantment bilaterals entre el govern central i les autonomies. És per això, que el calendari de les transferències a les comunitats autònomes i la consegüent configuració de nivells de govern regionals amb capacitat de decisió i implementació diferenciada hagi condicionat l'evolució del propi estat del benestar. Els governs autonòmics de nova creació han tingut, durant aquest temps àmplies capacitats per formular i implementar polítiques de benestar en el marc d'una normativa bàsica estatal. Tanmateix, aquesta normativa no sempre ha precedit temporalment les iniciatives d'algunes autonomies. És a dir, els processos de

difusió de polítiques públiques (d'imitació, d'aprenentatge o d'adaptació) tant des del punt de vista del discurs com de les opcions en joc, no han seguit un esquema direccional clar. En alguns casos, la innovació ha partit d'alguna o algunes comunitats autònomes, i s'ha anat difonent tant cap a les altres autonomies com cap al govern central. En altres casos, el govern central ha estat el pioner en plantejar les directrius que marquen posicionaments i actuacions en determinats àmbits sectorials. I en altres casos, el govern central i les autonomies han adoptat els paràmetres indicats per la Unió Europea o, inclús, altres instàncies a nivell internacional.

En aquest context, la interpretació que fem de com cada comunitat autònoma ha utilitzat la seva capacitat d'autogovern estarà condicionada almenys per tres factors: les condicions de partida (entre les que s'inclou el grau de protagonisme públic en les diferents àrees d'intervenció), la trajectòria temporal (derivada de la seva via d'accés a l'autonomia i de la seva capacitat d'innovació) i el pressupost del govern autonòmic (variable en funció del seu règim fiscal). En primer lloc, la realitat existent en els serveis de salut i d'educació sobre el territori era diferent en cada comunitat, com també ho eren les seves característiques socioestructurals. Aquesta situació de partida ha condicionat les opcions de polítiques viables pel govern autonòmic. En segon lloc, el mapa actual de les polítiques educatives i sanitàries autonòmiques que projectem en aquesta anàlisi és el resultat acumulat de trajectòries temporals diferents per a cada comunitat autònoma. Així, les transferències en matèria d'educació no universitària es van dur a terme a principis dels anys 80 a Andalusia, Canàries, Catalunya, Comunitat Valenciana, Galícia i País Basc; i el 1990 a Navarra –això és, les comunitats amb nivell competencial elevat. Posteriorment, entre 1992 i 1999 es van realitzar els traspassos a la resta d'autonomies. Les transferències en matèria de política sanitària van seguir un calendari que també va delimitar les comunitats amb nivell competencial elevat: Catalunya les va rebre el 1981, Andalusia i el País Basc, el 1984; la Comunitat Valenciana, el 1987; Navarra i Galícia, el 1990; Canàries, el 1994 i la resta, el 2001. En completar els traspassos en educació i salut, l'estat conserva les competències vinculades a la legislació bàsica i a la garantia d'un substrat comú de drets en tot el territori, mentre que les autonomies legislen dins d'aquest marc i assumeixen la gestió dels serveis. I en últim lloc, les diferències en els pressupostos per càpita de cada comunitat autònoma, derivades del model de finançament autonòmic, condicionen també la interpretació que podem fer de l'ús de les capacitats respectives d'autogovern.

Tenint en compte aquests condicionants, ens plantejem els següents interrogants: en quin sentit les relacions detectades entre règims institucionals de benestar i realitats socials estructurals prefiguren a les diferents comunitats autònomes, escenaris més o menys tendents cap a la redistribució equitativa de recursos, o bé cap a la reproducció de certes dinàmiques de desigualtat social? Permet l'anàlisi establir línies de correspondència entre perfils d'estructura social i models de política social? En quina/quines direccions s'articulen aquestes relacions? Des d'una perspectiva qualitativa, fins a quin punt es detecten certes relacions entre la percepció dels ciutadans i les dades recollides sobre característiques dels models de polítiques?

La literatura existent sobre “sistemes de benestar” ha acostumat a aplicar aquest concepte a l’estricta marc dels poders públics. De fet, tradicionalment s’ha partit del supòsit que l’objectiu de la redistribució –finalitat intrínseca al sistema públic de benestar– requereix d’un marc estatal de referència susceptible de garantir una política general que assegurí l’equilibri social i territorial. Tanmateix, en el decurs dels darrers anys, la crisi i reformes de l’estat del benestar han anat posant en entredit aquesta premissa. Per una banda, podem concloure que el terme *estat del benestar* ha anat perdent validesa explicativa en favor de la noció *règim de benestar*. Aquesta noció permet incorporar en l’anàlisi configuracions més complexes de les esferes i actors implicats en la producció de benestar, més enllà dels poders públics –per exemple, el rol del sector privat amb i sense ànim de lucre o el de la família modifiquen aquests escenaris de manera substancial. D’altra banda, en aquest marc d’atenció, el terme *govern de l’estat* ha estat gradualment desplaçat per l’ús del concepte *govern* multinivell, que permet fer referència a les característiques i efectes d’una distribució també més complexa de les responsabilitats públiques en funció de l’organització territorial i administrativa en cada cas.

En aquest marc conceptual, comptem amb antecedents de recerca sobre els que hem construït aquest estudi (Gallego, Gomà, Subirats 2002; Gallego, Gomà, Subirats 2003; Subirats i Gallego 2002; Subirats 2004). Fa prop d’una dècada ens plantejàvem mostrar, a través de diversos projectes, fins a quin punt les comunitats autònomes havien desenvolupat opcions diferents sobre polítiques de benestar que les podien haver portat cap a “règims de benestar” diferenciats. L’objectiu era analitzar, de forma comparada, les configuracions autonòmiques de l’estat del benestar en un marc de govern multinivell. En aquest sentit, definíem l’objecte d’estudi en base a tres criteris: nivell competencial, àmbit de política pública i dimensió de les polítiques. En primer lloc, triàvem les comunitats amb un nivell competencial més elevat (condició habilitadora necessària per desenvolupar determinades capacitats de govern en àmbits d’intervenció que són fonamentals en l’estat del benestar). Això ens acotava l’anàlisi al voltant d’Andalusia, Canàries, Catalunya, Galícia, Navarra, País Basc i Comunitat Valenciana. En segon lloc, seleccionàvem un conjunt d’àmbits de polítiques públiques que combinen: centralitat en l’estat del benestar (sanitat i educació), expressió de compromisos polítics diferencials (serveis socials i habitatge); així com línies incipients de canvi en l’estat del benestar (polítiques actives d’ocupació). Finalment, el tercer criteri que utilitzàvem per acotar l’objecte d’estudi era la dimensió de les polítiques. Fins ara, en aquests estudis previs vàrem optar per centrar-nos en les dimensions substantiva i operativa d’aquestes. La dimensió substantiva inclou els continguts de les polítiques, és a dir, què es fa (quines intervencions s’han dut a terme, amb quina intensitat i extensió de cobertura). La dimensió operativa inclou les formes d’intervenció utilitzades en elles, en altres paraules, com es fa (quins instruments de gestió s’hi utilitzen, com es caracteritza la xarxa d’actors que es configura al voltant d’aquestes formes d’intervenció).

La definició de *règim autonòmic de benestar* ens va permetre, d’aquesta manera, aproximar-nos a les configuracions complexes de polítiques i d’actors que estaven

emergint a nivell de les comunitats autònomes que havien tingut més capacitat formal d'autogovern. Vàrem concloure que, efectivament, es podien identificar configuracions diferents de règims de benestar, amb opcions substantives i operatives de polítiques públiques que implicaven una diversificació de models d'intervenció a partir de l'exercici de l'autonomia.

L'estudi que aquí presentem pretén ampliar l'abast de la recerca precedent. Amb la perspectiva d'una dècada en la que totes les comunitats autònomes han gaudit d'un sostre competencial formalment igualat, ens plantejem analitzar si han pres opcions diferencials en polítiques de benestar fent ús legítim de les seves capacitats d'autogovern. Si bé ampliem la recerca a les 17 autonomies, i donada la limitació de temps i d'espai, els sectors de polítiques objecte d'estudi els acotem a educació, sanitat i serveis socials. De nou, els dos primers ens permeten entrar en el nucli dur de l'estat del benestar, mentre el tercer ens permet observar els fronts d'intervenció més febles i també més heterogenis. Per cadascun d'aquests sectors i per a cada comunitat, analitzem ara tres dimensions de les polítiques públiques: no només la substantiva i l'operativa, sinó també la discursiva. És a dir, observem l'extensió i la intensitat de la cobertura que cada comunitat defineix i ofereix en cada sector (dimensió substantiva), les estructures de governança que cadascuna desplega en la prestació dels serveis (dimensió operativa), i el reconeixement formal de drets, així com els principis i valors que cadascuna declara via marcs discursius respecte a cada sector d'intervenció (dimensió discursiva, normativa o simbòlica).

Obrim aquest estudi de la manera més directa que tenim de presentar la rellevància del tema: a partir de les percepcions i els discursos que omplen el debat actual sobre autonomies i desigualtats. Amb aquest objectiu, es presenta, en primer lloc, l'anàlisi dels resultats de 17 grups de discussió realitzats en el marc d'aquesta recerca² –un grup per comunitat autònoma– en què es repassen els principals temes sobre l'evolució de l'estat del benestar a Espanya i l'impacte de la descentralització en aquesta evolució. A continuació, en el següent capítol, ens plantejem quina ha estat l'evolució, en dades quantitatives, d'aquest estat del benestar en cada comunitat autònoma. Ho fem a partir de sèries temporals de diversos indicadors de l'estructura social, econòmica i de serveis vinculats a les polítiques de benestar. Aquesta doble aproximació per diferents vies al mateix objecte –una via de percepcions i una altra via de dades quantitatives– ens permet constatar que, malgrat que les dades denoten una gradual equiparació de les condicions de benestar entre totes les autonomies (tot i mantenir-se diferents capacitats de generació de riquesa), les percepcions afirmen el distanciament entre comunitats en funció de les seves situacions de partida i de les seves capacitats diferencials d'influir sobre el govern central.

2 La realització dels 17 grups de discussió es va portar a terme gràcies al finançament aportat pel Centro de Investigaciones Sociológicas.

Els capítols següents analitzen les polítiques autonòmiques desplegades en els àmbits d'educació, salut i serveis socials. Per cada sector, l'anàlisi s'estructura en funció de les tres dimensions seleccionades –primer la dimensió discursiva, normativa o simbòlica; segon, la dimensió substantiva; i tercer, la dimensió operativa– i es cobreixen les 17 comunitats autònomes. Com es comenta en el capítol de conclusions, l'anàlisi que aquí presentem evidencia que la descentralització, efectivament, ha obert la porta a una expressió diversa i diferenciada d'opcions d'intervenció sobre els problemes socials. Tanmateix, aquesta diferenciació és més intensa en la dimensió operativa de les polítiques i ho és menys en la substantiva, mentre que en la discursiva el que s'observa és una clara homogeneïtat. És a dir, el discurs –els valors i principis explicitats, per exemple, en els marcs jurídics autonòmics– és molt homogeni, mentre que en la intensitat i extensió de cobertura i, encara més, en els models de governança desplegats, les opcions són més diverses. En tot cas, l'anàlisi mostra que aquesta diversitat no afecta a un nucli majoritari de serveis i prestacions, que és homogeni a totes les comunitats i que configuren el conjunt d'intervencions regulades per la legislació bàsica de l'estat. La diversitat i la diversificació afecta a una corona de serveis i prestacions en què les autonomies expressen de manera més clara i diferenciada la seva capacitat d'autogovern.

1.3. Bibliografia

Adelantado, J. (coord.), *Cambios en el Estado del bienestar. Desigualdades y estructura social en España*. Barcelona: Icaria, 2003.

Banting, K.G., "Social citizenship and Federalism: Is a Federal Welfare State a contradiction in terms?", in Greer, S. (ed.), *Territory, Democracy and Justice. Regionalism and Federalism in Western Democracies*, New York: Palgrave Macmillan, 2006, p. 44-66.

Börzel, S., *States and Regions in the European Union*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

Gallego, R.; Gomà, R.; Subirats, S. (ed.), *Els règims autonòmics de benestar: anàlisi de les polítiques socials en les comunitats autònomes amb més capacitat d'autogovern, 1980-2000*, Barcelona: Institut d'Estudis Autonòmics, 2002.

—, *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas. La descentralización de las políticas sociales en España*, Madrid: Tecnos-UPF, 2003.

Grau, M., "Spain: incomplete federalism", in Wachendorfer-Schmidt, U. (ed.), *Federalism and Political Performance*, London: Routledge/ECPR, 2000.

—, "The Spanish Lower Chamber of Parliament: An intergovernmental arena? The representation and integration of territorial interests within the Congreso de los Diputados" in Rudolf Hrbek (ed.), *Legislatures in Federal Systems and Multi-level Governance*, Baden-Baden: Nomos, 2010, p. 11-33.

- Marshall, T.H., "Citizenship and Social Class" in Marshall, T.H. Bottomore, T. (ed.), *Citizenship and Social Class*, London: Pluto Press, [1950] 1992, p. 1-85.
- McEwen, N.; Moreno, L. (ed.), *The territorial politics of welfare*, London: Routledge, 2005.
- Requejo, F.; Nagel, K-J. (ed.), *Descentralització, asimetries i processos de resimetrització a Europa*, Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms, 2009.
- Rodríguez-Pose, A.; Gill, N., "Is there a global link between regional disparities and devolution?", *Environment and Planning A*, 36: 2097-2117, 2004.
- Subirats, J.; Gallego, R. (ed.), *Veinte años de autonomías en España. Leyes, políticas públicas, instituciones y opinión pública*, Madrid: CIS, 2002.
- Subirats, J. (et al.), *Pobresa i exclusió social. Una anàlisi de la realitat espanyola i europea*, Barcelona: Fundació La Caixa, Estudis Socials 16, 2004.
- Torcal, M.-Mota, F., "La opinión ciudadana sobre el Estado Autonómico", a *Informe España 2010*, Madrid: Fundación Encuentro, 2010, p. 5-58.
- Watts, R., *Comparing Federal Systems*, Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, 1999.

2.

PERCEPCIONS CIUTADANES SOBRE LA DESCENTRALITZACIÓ AUTONÒMICA I LES POLÍTIQUES SOCIALS

Eva Alfama i Marta Cruells



En aquest segon capítol ens centrarem en les percepcions de la ciutadania de les diferents comunitats autònomes sobre les polítiques de benestar, en contrast amb el conjunt del llibre, més centrat en l'anàlisi de les polítiques públiques. D'aquesta manera podrem entrar a valorar la visió que té la ciutadania –coincident o no amb les dades que es presentaran en els pròxims capítols– de la situació de l'estat del benestar en el seu conjunt i de les tres polítiques sectorials analitzades. En definitiva, com es valora des de diferents grups socials i territoris el procés de desplegament autònom en el camp del benestar, i quins són els resultats, limitacions i tensions que es destaquen, així com establir quin és l'impacte que es considera que el camí recorregut ha tingut en l'equitat social i territorial.

L'estudi de les percepcions s'ha realitzat des d'una perspectiva qualitativa, en base a l'anàlisi de contingut de 17 grups de discussió duts a terme a les 17 comunitats autònomes.¹ Amb la tècnica dels grups de discussió s'han pogut copsar els discursos, les representacions ideològiques i les percepcions presents en col·lectius reduïts que comparteixen certes característiques socials, fent emergir tant les visions hegemòniques com els punts de controvèrsia (Vallès, 1997; Garcia Fernando: 1992; Canales, M. y Anselmo Peinado: 1994;). Alhora, l'anàlisi feta ha recollit i valorat –en la mesura del possible, tenint en compte l'alt grau d'homogeneïtat dels grups pel que fa a l'edat, l'origen i l'extracció social²– la significativitat de possibles correlacions entre la posició ocupada en l'estructura social (l'estatus social, l'edat, la menor o major relació amb aquestes polítiques, entre d'altres factors) i el tipus d'experiències, percepcions i visions manifestades.

Com a element central en l'anàlisi de les percepcions ciutadanes, doncs, ens ha interessat copsar les visions existents sobre el procés de descentralització autònoma, sobre l'estat de benestar, en general, i sobre les tres polítiques analitzades, en particular, especialment pel que fa a les seves dimensions substantiva i operativa. És a dir, com es percep en cada cas el grau en que es cobreixen les necessitats o demandes socials. Com es valoren els instruments d'intervenció

-
- 1 Els grups de discussió van ser realitzats entre el desembre de 2007 i el febrer de 2008 per l'empresa IMOP, amb la col·laboració del Centro de Investigaciones Sociológicas.
 - 2 En el disseny dels grups es van considerar diverses variables (la comunitat autònoma de pertinença, el sexe, l'extracció social, l'edat i les simpaties polítiques i ideològiques). Sota aquestes variables es van crear 17 grups que tot i tenir una certa diversitat, en aspectes com l'edat, la classe i l'origen, tendien a la homogeneïtat. Així, més de 3 quarts parts dels participants tenien entre 36 i 55 anys, l'edat laboral més productiva, entre, que les que se suposen. D'altra banda, en la distribució dels grups segons extracció social tenim que el 70% dels grups es conformen per classe mitjana i mitjana alta. Aquest fet ha incidit especialment en els discursos sobre els serveis socials: on en la majoria dels grups mitjans i alts hi ha un cert desconeixement de les prestacions i funcionament pràctic d'aquest àmbit de política pública excepte en temes concrets, com l'atenció a la dependència i a la gent gran, que no estan tant vinculats a la protecció de les rendes baixes. Finalment, però, el factor que més ha marcat la homogeneïtat ha estat l'origen dels participants; on d'entre les 113 persones participants només una d'elles era una persona immigrada.

utilitzats per les administracions públiques per a implementar les seves actuacions: les formes de provisió, d'organització i de gestió. Quina és la percepció de la qualitat de les polítiques o prestacions, dels mecanismes d'informació i reclamació existents.

Per a tots aquests aspectes, s'han identificat les valoracions positives o negatives, identificant si s'assignen responsabilitats o causes; o bé s'estableixen comparacions des del punt de vista evolutiu, territorial, entre polítiques sectorials, o entre el sector públic o privat.

Finalment, s'ha parat especial esment a l'aparició de referències i argumentacions sobre les tensions existents a les polítiques de benestar, tensions que estan fortament vinculades a les desigualtats territorials, socials, econòmiques, culturals i polítiques. Amb aquesta variable s'ha pretès copsar la manera com apareixen en els discursos dels diversos grups de discussió els eixos de desigualtat que es consideren rellevants de cara al sistema de benestar.

En efecte, considerem que per a una anàlisi comparativa acurada és clau la identificació de en quines polítiques i temàtiques concretes sorgeixen les principals tensions. En aquest sentit, visibilitzar les percepcions de greuges comparatius i la controvèrsia sobre l'equitat o no en l'accés i sosteniment del sistema de benestar és un element fonamental i alhora és el principal valor afegit que des de les metodologies d'anàlisi qualitatiu i en profunditat es pot aportar a les investigacions més habituals, de caràcter quantitatiu (veure, per exemple, Arriba et al.: 2006). Tot plegat ens ha permès aproximar-nos a la manera com s'expressa, en les percepcions i opinions de les persones participants, el debat polític de fons sobre com les polítiques de benestar gestionen i incideixen en les desigualtats socials mitjançant l'establiment de prioritats d'intervenció.

A continuació, detallarem els resultats obtinguts. Començarem, en un primer apartat, amb les percepcions aparegudes en els diversos grups de discussió sobre l'estat del benestar, ressaltant els serveis i àrees sectorials que s'associen a les polítiques de benestar, les potencialitats i límits que s'esmenten i la visió de la seva evolució històrica i moment actual. Posteriorment s'entrarà breument en valorar el seu coneixement respecte a la distribució de competències en aquests àmbits i el procés de descentralització, en particular.³

Finalment, procedirem a exposar en tres apartats diferenciats les visions de les tres polítiques sectorials que ens ocupen, introduint en cada cas una anàlisi dels debats

3 En aquest bloc s'ha deixat fora tot el que fa referència a les qüestions dels mecanismes d'informació existents, les reclamacions i les valoracions sobre el grau de reconeixement de la veu de la ciutadania en el marc d'aquests sistemes sectorials. Tanmateix, aquests aspectes van ser analitzats i es poden consultar en la versió extensa de l'informe a la pàgina: <http://igop.uab.cat>.

clau que han anat apareixent i una taula de síntesi al final sobre les percepcions que s'han expressat en els grups de discussió.

2.1. L'estat del benestar i el procés de descentralització autonòmica

2.1.1. La percepció de l'estat del benestar

En general, a tots els grups de discussió s'entén l'estat del benestar com un sistema en què les necessitats bàsiques de la població estan cobertes. Entre aquestes necessitats es mencionen el treball i la disponibilitat d'uns ingressos mínims, l'habitatge, l'alimentació, la salut, l'educació, el sistema de seguretat social i pensions l'oci i la cultura, la igualtat davant de la justícia o la seguretat. Així, es destaca un coneixement força clar del què és l'EB, tot i que en les seves concepcions es barregen els drets socials amb elements més propis de l'Estat de Dret (igualtat de dret, seguretat, etc.). D'altra banda, pel que fa a les polítiques socials, en general apareix espontàniament la menció a l'educació i la sanitat, i en molts casos a algunes prestacions socials concretes: ajuts per l'habitatge, dependència i suport a la gent gran, discapacitat, conciliació, monomarentalitat, drogodependència, violència, guarderies, malalties mentals, joventut. En aquest sentit, considerem necessari destacar la percepció força estesa del fet que les polítiques d'habitatge, el sistema de pensions i el fet de tenir un treball digne formen part de l'estat del benestar i específicament dels serveis socials.

Entrant en les valoracions, veiem que a tots els grups de discussió es fa de forma unànime una valoració **molt positiva del desenvolupament de l'estat del benestar a l'Estat espanyol**, associant-lo al procés de democratització, i considerant que s'ha arribat a una certa equiparació amb la situació a la Unió Europea. S'apunta, doncs, globalment una valoració positiva de la seva evolució en els darrers anys, mentre s'emfatitzen millores concretes en alguns casos, tant a nivell de qualitat com de funcionament i organització (Comunitat de Múrcia, Catalunya, Cantàbria) i de serveis i ajuts disponibles (especialment l'atenció a la dependència: Castella-la Manxa, C. Madrid).

No obstant, en general es subratlla també el camí que encara resta per recórrer per arribar als estàndards europeus –la referència que apareix repetidament és concretament la dels països nòrdics. Alhora, es concreten alguns dels aspectes negatius que caldria revisar, com ara;

- L'augment de la burocràcia que ha generat aquest desplegament de les estructures de benestar (Castella i Lleó).

- La tendència a la uniformització, entesa com la manca de capacitat d'adaptació dels serveis públics a les especificitats i demandes concretes de la població (Aragó, Balears i La Rioja).
- Els buits o els problemes relacionats amb la cobertura. Es destaca que a la pràctica el benestar no arriba a tothom, i que, per tant, hi ha un decalatge important entre els drets socials que es reconeixen –valorats molt positivament– i la seva cobertura efectiva. Concretament, es menciona la falta d'una cobertura pública de qualitat en determinats àmbits; atenció a la gent gran, polítiques d'emancipació de la joventut, polítiques familiars, guarderies, atenció a la discapacitat, ensenyament i sanitat (Catalunya, La Rioja, Canàries, Aragó i Múrcia), mentre que un grup en concret, el d'Aragó, centra el seu discurs en les dificultats d'accés als serveis en l'àmbit rural.

Amb una perspectiva temporal, doncs, hi ha un ampli consens i satisfacció amb els resultats assolits fins al moment, però pel que fa a la **situació actual i futura**, tots els grups apunten un canvi de tendència, amb una percepció força més negativa: es considera que actualment ens trobem en una situació d'estancament (Extremadura, C. Valenciana), de deteriorament efectiu (Canàries) o bé de risc que això succeeixi (Catalunya, País Basc, C. Múrcia).

En general es comparteix una percepció de massificació, col·lapse i desbordament dels serveis públics, fet que s'associa a que en els darrers anys s'ha donat un important augment de població atesa que no ha anat paral·lela a una inversió proporcional de recursos (Catalunya, Cantàbria, C. Múrcia). Aquesta tensió es vincula a tres elements que en els discursos apareixen sovint entrellaçats: la universalització dels serveis, el gradual envelliment de la societat i l'arribada de població immigrada; si bé és la tercera vessant la que més emfatitzen les persones participants.

En aquest sentit, és interessant destacar que es tendeix a considerar l'augment de població en si mateix com un problema o repte al qual l'administració ha de fer front, sense matisar les importants diferències que suposa si aquest augment és de població passiva (envelliment) o bé d'una població majoritàriament activa (població immigrada).

Així, el debat al voltant de la sostenibilitat del sistema de benestar passa de puntes sobre la tensió entre població activa i passiva i se centra en la divisió: població autòctona/ immigrada. De fet, la percepció dominant, més enllà d'algunes excepcions, valora les persones immigrades més en termes de "càrrega" pel sistema de benestar que en termes d'un col·lectiu amb una aportació clau en el seu sosteniment, contràriament al que mostren totes les dades existents.⁴ Per a 2005, per

4 En aquesta qüestió es fa evident l'efecte de la composició dels grups de discussió: tal i com hem

exemple, el saldo fiscal de la població immigrada mostrava com aquest grup aportava el 6,6% de la recaptació mentre rebia només el 5,4% de la despesa (considerant les pensions, sanitat, educació, atur, polítiques actives d'ocupació i polítiques d'integració), alhora que les seves contribucions representaven gairebé el 50% del superàvit de les administracions públiques per a aquest any (*Oficina económica de la Moncloa*, 2006).

2.1.2. Diferències territorials i descentralització autonòmica

Als grups de discussió de totes les comunitats autònomes predomina la visió, amb major o menor unanimitat, del fet que efectivament existeixen diferències significatives entre els diversos territoris pel que fa al seu sistema públic de benestar. Només a Castella i Lleó i a Extremadura es tendeix a minimitzar aquestes diferències.

Entrant ja a la descripció de quines són les comunitats en què es percep que es té un millor o pitjor sistema de benestar, presentarem de forma gràfica una síntesi en la taula següent per facilitar-ne la comprensió.

Les files de la taula corresponen als 17 grups de discussió, mentre les columnes es refereixen a les comunitats a les quals es fa referència. En ambdós casos s'han ordenat les CA de major a menor PIB per càpita. Així mateix, amb diferent coloració marquem el sentit de les valoracions: en verd les CA que es creu que disposen d'un millor sistema de benestar; en vermell, les pitjor valorades i en groc, les CA que no ho perceben de forma homogènia; ja sigui perquè apareixien opinions contradictòries en el grup de discussió, ja sigui perquè les diverses polítiques sectorials s'han valorat de forma contradictòria. Si la valoració es refereix exclusivament a una de les tres polítiques sectorials que centren l'atenció d'aquesta recerca, es marca amb la corresponent inicial (E per educació, S per sanitat i SS per serveis socials).

Per començar, posarem en relleu la diferent visibilitat de les comunitats autònomes. Així, les més mencionades són, per ordre descendent: Madrid, Catalunya, el País Basc, Extremadura, Andalusia, i Navarra; les quals, com era d'esperar, se situen en els dos extrems de les diferències de renda a l'Estat. Amb una certa diferència apareixen Galícia, la Comunitat Valenciana, La Rioja i Castella i Lleó; mentre finalment tant Aragó com Balears, Cantàbria, Astúries, Canàries, Múrcia i Castella-la Manxa reben 4 o menys referències.

assenyalat a la introducció només una de les 113 persones participants és estrangera. Al nostre entendre, aquest element ha influenciat molt directament el tipus de discursos que apareixen i de debats que es plantegen en els grups.

Taula 2.1

Síntesi de les percepcions dels grups de discussió respecte quines són les comunitats autònomes amb millor i pitjor situació respecte aquests 3 àmbits

CA a la qual fan referència	País Basc	Madrid	Navarra	Catalunya	Aragó	Balears	La Rioja	Cantàbria	Castella i Lleó	C. Valenciana	Astúries	Canàries	Galícia	Múrcia	Castella-la Manxa	Andalusia	Extremadura
Grups de discussió																	
País Basc				S					S	E							
Madrid															SSS		
Navarra				S													
Catalunya		E															S
Aragó																	
Balears						E										SS	
La Rioja	SS		S					S									
Cantàbria		S															
Castella i Lleó																SS	
C. Valenciana							S			S							
Astúries ⁵																SSS	E
Canàries		S										ES					
Galícia																	
Múrcia																SS	
Castella-la Manxa															SS		
Andalusia																	
Extremadura ⁶							E										
TOTAL de mencions	14	16	9	16	1	3	7	3	5	7	1	3	7	3	5	12	13
TOTAL	14	10	9	11	0	1	6	2	0	5	0	1	0	1	3	3	2
TOTAL	0	4	0	4	1	0	0	1	1	1	1	0	3	1	0	4	2
TOTAL	0	2	0	1	0	2	1	0	4	1	0	2	4	1	2	5	9
PIB per càpita en relació a la mitjana estatal	131	128	126	117	108	108	106	100	97	91	91	90	85	84	79	78	69

Font: elaboració pròpia.

- En un principi, a Astúries les persones participants al grup no volen entrar a comparar, ja que consideren que no tenen informació de primera mà. Recollim les opinions que apareixen quan posteriorment la moderadora insisteix repetidament perquè expressin les seves percepcions.
- Al grup d'Extremadura, inicialment apareix la percepció que més o menys totes les CA estan a un nivell similar, posteriorment s'esmenten alguns territoris. De totes maneres, però, a diferència de la resta dels grups, s'estenen molt poc en la comparació.

Com s'adverteix a la taula, les **comunitats autònomes millor valorades** són sobretot les més riques (que disposen d'entre un 117 i un 131% de la renda mitjana espanyola).⁷ En particular, destaca la unànime percepció positiva que reben les dues comunitats forals: Navarra i el País Basc (per part de més de 9 i 14 CA, respectivament). Les altres dues comunitats autònomes valorades positivament, Madrid i Catalunya, reben en canvi una visió més matisada. En ambdós casos s'apunta que tenen un bon nivell de serveis i recursos, però que el seu gran volum de població és un obstacle important i a la pràctica genera problemes notables de massificació i saturació. A més, en alguns casos es percep que determinats àmbits tenen un mal rendiment: sanitat i educació en el cas de Madrid, i sanitat en el cas català.

A l'altre extrem, les **valoracions negatives** estan molt més repartides entre les CA, i hi ha una major divergència d'opinions que en les positives. La pitjor valorada, amb diferència, és Extremadura, seguida d'Andalusia, Castella i Lleó i Galícia.⁸ Cal destacar que si bé efectivament Extremadura i Andalusia estan a la cua de totes les CA pel que fa a la renda per càpita (69% i 78%, respectivament), en canvi aquest no és tant el cas de Galícia (85%) ni encara molt menys de Castella i Lleó (97%). Tot i així, tant Extremadura com Andalusia i Galícia, probablement els territoris que han estat considerats històricament els més pobres, reben al mateix temps valoracions positives destacables en alguns dels grups o per algunes de les polítiques.

Ens ha interessat també veure **com s'interpreten aquestes diferències**: quins són els factors que es consideren responsables d'aquesta diversitat territorial?

Es mencionen una gran varietat d'elements. En primer lloc, *variables directament relacionades amb el procés de descentralització autonòmica*. Les més citades són:

- Els diferents *tempos* del procés autonòmic. Segons els participants als grups de discussió, hi ha diferències entre les primeres comunitats autònomes que van accedir a l'autonomia (ja siguin les nacionalitats històriques, regides per l'article 151 de la Constitució espanyola –País Basc, Catalunya, Galícia i Andalusia–, o les tres CA que van desenvolupar un major sostre competencial durant la dècada dels 80: Comunitat Valenciana, Navarra i Canàries) i la resta.
- La diferent capacitat de gestió que han desenvolupat els governs autonòmics.
- És interessant subratllar que només en 4 grups sorgeix la qüestió de les diferents competències fiscals, apuntant la major facilitat que tenen les comunitats forals per aconseguir recursos i, per tant, d'implementar polítiques i prioritats pròpies,

7 Segons dades de l'Instituto Nacional de Estadística referents a 2007.

8 Apareixen també les dues ciutats autònomes, Ceuta i Melilla, que queden fora de l'abast d'aquesta anàlisi, en els grups de Madrid i Canàries.

evitant la dinàmica de negociació constant amb el govern central que ha marcat a les comunitats del règim ordinari.

El segon grup de variables que s'esmenten estan vinculades a diferents vessants del *sistema polític i partidista*: la coincidència de color polític entre el partit de govern a nivell estatal i el que governa a nivell autonòmic, com a element que permet obtenir més beneficis a determinades CA (Astúries, Extremadura, Galícia i Múrcia), o les millors condicions de negociació que tenen les comunitats amb partits polítics concentrats territorialment, entre d'altres.

El tercer àmbit emergent és *l'econòmic*. L'aspecte que rep una major unanimitat i apareix amb major freqüència és el fet que un major nivell de riquesa genera uns millors serveis públics de benestar. Tot i així, en alguns grups (Astúries, Andalusia, Castella i Lleó) es relativitza aquesta associació entre nivell de renda i qualitat dels serveis, fent referència a la importància que pot tenir el volum de població de cada territori, en tant que produeix massificació i deteriora la qualitat dels serveis; posant els exemples de Madrid i Barcelona. Precisament, els *factors demogràfics i territorials* són un altre àmbit en què es detecta que influeix en les desigualtats, mitjançant la densitat de població, la mida de la comunitat autònoma i les característiques socials de cada territori. Finalment, també es fa esment a *factors culturals*, com ara la cultura del treball i/o del subsidi que es té, o al caràcter més o menys reivindicatiu de la seva població.

No obstant, la constatació de la persistència de les diferències interterritorials, la valoració global que es fa a la major part dels grups de discussió és que **el procés de descentralització ha contribuït a una molt notable disminució de les desigualtats històriques** entre els territoris. Alhora es creu que afavoreix la introducció de criteris de proximitat que faciliten un millor coneixement i resposta a les necessitats locals. Així, s'ha donat una tendència a l'equiparació progressiva de les CA amb menor i major renda, tot i que alhora s'apunta al fet que encara queda camí per recórrer i persisteixen alguns obstacles associats al procés autonòmic.

En aquest sentit, destaca la percepció del fet que el sistema autonòmic actual és un model asimètric, obert, canviant i extremadament subjecte a la negociació política i a la influència d'elements molt diversos. Dins aquest marc general, es considera que les diverses comunitats autònomes tendeixen a escombrar cap a casa, i prolifera la insolidaritat, les dinàmiques centrífugues i, fins i tot, la competència o enfrontament entre comunitats; fets tots ells que podrien afavorir l'augment de les desigualtats en el futur.

“Mujer: ... pero creo que se tiende a la igualdad, ahora cada vez hay menos diferencias entre comunidades autónomas que como había antes, cada vez hay menos o sea evidentemente si tú vas a Extremadura, la Extremadura de ahora no es la Extremadura que yo conocí hace diez años no tiene ni punto de comparación.”

(C. Valenciana)

2.2. La política educativa

Respecte als continguts de les polítiques educatives, els discursos dels participants a tots els grups de discussió se centren fonamentalment en el **grau de cobertura** que s'ha aconseguit en el sistema educatiu públic i en el debat sobre les criteris d'accés als serveis educatius. Per trams educatius, la major part de l'atenció es focalitza a l'educació obligatòria, seguit de l'educació dels 0 als 6 anys, i dels estudis universitaris, en molta menor mesura.

Les percepcions més negatives fan referència especialment a la cobertura de l'atenció de 0 a 3 anys. A vuit dels grups de discussió apareix aquest tema i en set d'ells les persones participants destaquen la percepció que hi ha d'una notable escassetat de guarderies públiques, que en la pràctica es tradueix en una manca d'accés per part de la població que ho demana o ho necessita. Fruit d'aquesta visió, apareixen diferents debats al voltant de quins són els col·lectius que accedeixen o no a aquest servei, i de per què uns accedeixen i d'altres no. Quatre de les CA (Castella-la Manxa, Catalunya, Madrid, Galícia) creuen que qui està accedint és bàsicament la població immigrada, el que sembla respondre en la majoria dels casos –tot i que no s'explicita– a un criteri de renda i oportunitats.

“Mujer: (...) yo no estoy en contra de que venga nadie a trabajar, ni nada de eso, pero lo que sí estoy en contra es que le den muchas facilidades a la gente de fuera, cuando los de aquí no tenemos ninguna facilidad, en absoluto, para nada.”

(Galícia)

“Mujer: Y luego ha habido muchos casos que han dado prioridad a inmigrantes en vez de a niños, en guarderías sobre todo y en colegios públicos”

(C. Madrid)

Quant a la cobertura de l'educació dels 3 als 6 anys la percepció general és força més positiva, no hi ha una valoració tant clara que la cobertura és insuficient.

Pel que fa a l'educació obligatòria, per la seva banda, si bé es tracta d'un dret universal s'emfatitza que aquest dret, a la pràctica, queda mediatitzat pels criteris existents de distribució de l'alumnat i, per tant, es té la impressió que sovint es generen desigualtats en l'accés. En aquest sentit, als discursos apareix sovint la comparació entre l'escola pública, la concertada i la privada, així com diverses argumentacions sobre les raons per a l'elecció dels centres; mentre que respecte a l'educació universitària arreu s'expressa una clara preferència per la xarxa pública.⁹

9 Cal tenir en compte que de les 71 persones assistents als grups de discussió que tenen fills/es a càrrec, 29 havien optat per l'escola concertada i 13 per la privada; i el motiu adduït principalment era la segregació en les escoles.

Apareixen també altres elements relacionats amb la cobertura, ja sigui per qüestions estrictament educatives (com, per exemple, la qüestió de la llengua en les CA on conviuen diferents llengües cooficials, l'encaix de l'aprenentatge d'idiomes al sistema educatiu, la disponibilitat de professorat o altres professionals de suport –pedagogs/es, psicòlegs/es, acollida, necessitats educatives específiques, etc.) com de serveis addicionals no gratuïts (menjadors, activitats extraescolars, llibres de text...).

Tanmateix, respecte a l'educació obligatòria, el debat principal es trasllada als elements operatius: quins són els criteris utilitzats per distribuir l'alumnat entre els diferents centres?, i quin és el pes que al final acaba tenint la llibertat d'elecció de les famílies?

En general a totes CA es fa una valoració totalment negativa dels **criteris d'accés a l'escola** en el període de l'educació obligatòria. La discrepància se situa en la preponderància del criteri de proximitat a la residència, que es percep com un límit a la capacitat d'elecció de les famílies, que sovint es concreta en la impossibilitat d'accedir a les escoles públiques que es desitjaria. Tot i així, bona part dels i les participants optaven per l'escola pública, i malgrat reconèixer l'existència dels problemes ja mencionats, alhora consideren o bé que la diversitat és un element positiu en l'educació (La Rioja, Illes Canàries) o bé que el sistema educatiu públic segueix atorgant moltes garanties de qualitat.

La discussió sobre la capacitat d'elecció d'escola i els criteris de distribució de l'alumnat, però, estan vinculats a un altre debat subjacent: la **composició social de les aules**. Aquest tema ha estat central a quasi totes les CA. Com hem apuntat abans, la major part dels grups de discussió (12) se centren en els efectes que l'arribada de població immigrada pot estar tenint a l'escola pública. D'aquesta manera es vincula la baixada del nivell educatiu a aquest motiu, destacant la necessitat d'invertir més recursos per poder fer-hi front i de desenvolupar polítiques de redistribució de l'alumnat més proactives, per evitar la fugida de la població autòctona cap a altres escoles que retroalimenten el procés de segregació i de descens dels resultats educatius. A altres comunitats autònomes (Castella i Lleó, Extremadura i Illes Canàries), en canvi, els discursos se centren en la segregació provocada per la classe social; mentre que només al grup de Balears es fa, a més a més, una menció explícita a la població gitana en el marc d'aquest debat. Als grups de Canàries i Extremadura es percep que la concentració residencial de la població amb menys nivell de renda en determinats barris afecta a les escoles públiques de la zona, vinculant així explícitament la segregació de les escoles a processos de segregació residencials previs. Finalment, a Castella i Lleó apareix una valoració sobre les tensions entre les classes socials, ressaltant que les desigualtats econòmiques i socials fan que l'escola pública es trobi en una situació de composició social desigual i, a més a més, amb molt poques possibilitats de resoldre-ho. Tanmateix, quan s'apunta alguna solució, aquesta passa per l'entrada de les classes mitjanes i per una igualació a la baixa del nivell educatiu.

En aquest sentit, en general les persones participants són plenament conscients de la tensió que es deriva de, per una banda, el paper clau del sistema educatiu en la promoció i garantia de la cohesió social i la igualtat d'oportunitats i, per l'altra, dels efectes de la composició de les aules en els rendiments educatius de l'alumnat; d'aquí la preponderància tant del debat sobre els criteris d'accés com de les valoracions comparatives entre els sectors públic, privat i concertat. Així, pel que fa als discursos sobre la capacitat d'elecció d'escola de les famílies que apareixen reiteradament als grups de discussió, en general ens informen de la reivindicació d'augmentar la capacitat de les famílies per optar per escoles situades en zones diferents de les assignades, com a manera de promoure una menor concentració de població immigrada, gitana o d'estatus social baix, i uns millors resultats educatius per a tothom.

A banda de la qüestió de la cobertura, un altre tema central en els discursos sobre les polítiques educatives és la **ràtio professorat/alumnes**, que s'ha assenyalat en quasi la meitat dels 17 grups de discussió i que se sol vincular amb la qualitat i els resultats del sistema educatiu. En general, es considera que la proporció ha millorat en els darrers anys, generant un millor funcionament de l'escola pública; excepte a Balears i Catalunya on les valoracions han estat més crítiques, expressant la necessitat de seguir avançant en una millora d'aquesta ràtio i emfatitzant que encara hi ha un nombre d'alumnes per aula excessiu.

Més enllà de la ràtio professorat/ alumnes, però, els recursos humans del sector educatiu (bàsicament professorat) s'esmenten sobretot en termes de qualitat. De les 12 CA que toquen aquest tema, a 10 dels grups es coincideix en ressaltar que la qualitat del professorat públic és major que en el sector privat en tots els nivells educatius, incloent-hi l'àmbit universitari. De fet, quan es parla de les raons per a l'elecció d'escola la qualitat del professorat és el factor que més es destaca a l'hora d'optar per la pública. Tot el contrari succeeix quan es mencionen els recursos materials: es percep que, en general, l'escola privada i la concertada disposen de més recursos i millors equipaments que la pública (Balears, Comunitat Valenciana, Catalunya). Tanmateix, cal tenir en compte que dels 11 grups on es fa referència als recursos materials, a 7 la valoració és globalment força positiva.

Per altra banda, les **relacions entre alumnat i professorat** ha estat un tema cabdal en els debats de moltes de les comunitats autònomes. A 12 dels 17 grups s'han esmentat aquestes relacions, fent-ne una valoració majoritàriament negativa i, fins i tot, s'han apuntat les causes del deteriorament d'aquest aspecte. Els problemes que s'exposen són, per una banda, la pèrdua de la capacitat per part del professorat d'exercir autoritat, controlar i impartir disciplina sobre l'alumnat en l'educació obligatòria (esmentada a 6 dels grups), amb el desgast i les condicions de precarietat del professorat com a elements causals; i per l'altra, el deteriorament dels valors educatius, ja sigui per un canvi de valors de la societat, en general, i dels pares i mares, en particular; o el context de dificultats per donar suport a l'escola fruit dels horaris laborals i els ritmes de vida actuals (detectat com un dels grans problemes actuals per part d'11 grups).

Finalment, apareixen els temes del **finançament de l'educació** i dels constants canvis normatius en aquest àmbit, ambdós percebuts negativament. Majoritàriament es reconeix que a les darreres dècades s'ha augmentat progressivament i de forma notable la dotació de recursos, infraestructures i recursos humans, si bé alhora es considera que la despesa educativa segueix sent insuficient per a les necessitats existents. Pel que fa a la **normativa**, unànimement apareix la visió que els successius canvis dels models educatius han provocat efectes molt negatius en la pràctica del sistema educatiu i en la qualitat i resultats d'aquest. En aquesta línia, a totes les CA es destaca la necessitat d'estabilitzar el sistema i sostreure'l de la dinàmica partidista, i creuen que és una responsabilitat que hauria de recaure principalment en la classe política. De totes maneres, alguna comunitat com ara Aragó planteja que la solució del problema passa per atorgar un major pes i responsabilitat en la creació de la normativa i del model educatiu als i les professionals del sector, així com establir mecanismes per tal de limitar els continus canvis que introdueixen els diferents partits polítics.

Així doncs, veiem que en les qüestions més estrictament substantives de les polítiques educatives (la cobertura i la dotació de recursos econòmics i materials) apareix un cert equilibri entre les valoracions més negatives i les positives. La percepció sobre els aspectes operatius, en canvi, en global és predominantment negativa. Alhora, cal esmentar també, que la percepció sobre l'evolució d'aquesta política, i en concret del nivell de qualitat del sistema educatiu està dividida entre un grup de CA (Aragó, Catalunya, Castella-la Manxa, Canàries, Rioja i País Basc) on es considera que hi ha hagut un deteriorament i que es necessiten força canvis per a una millora del sistema; un altre grup que es decanta per una valoració global més positiva (Astúries, Balears, Castella i Lleó, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galícia i Navarra) i un darrer on no s'arriba a un acord o els pros i contres equilibren la valoració (Andalusia, Cantàbria, Madrid, Múrcia).

2.3. La política sanitària

El primer element destacable respecte a la percepció de la política sanitària és la bona valoració generalitzada de les seves principals característiques i principis: la gratuïtat dels serveis, la universalitat i l'equitat en l'accés, incloent-hi les persones sense recursos. Així, considerem interessant destacar com, tot i que no se'ls pregunta explícitament al respecte, en molts dels grups de discussió apareixen referències a aquests aspectes.

“Mujer: yo creo que es una de las mejores sanidades, o sea, tenemos sanidad universal, o sea tenemos seguridad social todo el mundo, hay ciertas cosas como las cosas de estética, los empastes o cosas así, pero en general todo el mundo, o sea, no tienes que pagar por nada. O sea, a ti te pilla un coche y te atienden, vas a urgencias por cualquier cosa, vas al médico y te atienden, si has nacido aquí, un poco más allá, vengas de lejos o hayas venido en ese momento...”

(Múrcia)

Taula 2.2

Síntesi de les percepcions aparegudes als grups de discussió respecte la política educativa¹⁰

	Andalusia	Aragó	Astúries	Balears	C. Valenciana	Canàries	Cantàbria	Castella i Lleó	Castella-la Manxa	Catalunya	Extremadura	Galícia	La Rioja	Madrid	Múrcia	Navarra	País Basc	TOTAL
DIMENSÍO SUBSTANTIVA																		57
Cobertura de 0 a 3 anys																		8
Cobertura de 3 a 6 anys																		7
Cobertura de l'educació obligatòria																		12
Cobertura de l'ensenyament universitari																		3
Cobertura de les necessitats específiques																		7
Distribució territorial dels centres educatius																		2
Ràtio alumnat/professorat																		7
Finançament/despesa																		6
Normativa																		5
DIMENSÍO OPERATIVA																		60
Recursos materials, equipaments i infraestructures																		11
Criteris d'accés al sistema educatiu																		8
Composició social de les aules i les escoles																		15
Relacions alumnat/professorat																		12
Continguts i qualitat dels recursos humans																		14
VALORACIÓ GLOBAL																		17
Evolució dels serveis sanitaris																		17

Font: elaboració pròpia.

10 En aquesta taula i a totes les que vénen a continuació, s'han marcat en verd les valoracions positives, en vermell les negatives i en groc o àmbar, els grups de discussió en els quals hi ha visions oposades: o bé perquè conviu la satisfacció i la crítica respecte la temàtica o bé perquè es mencionen dos subtemes valorats de forma contrària.

"Hombre: ... el mundo. Prácticamente casi en ningún sitio del mundo...

Mujer: ... y la más barata de Europa...

Hombre: ... es universal y gratuita como la nuestra, creo que no hay ninguna..."

(Castella i Lleó)

Respecte la **cobertura dels serveis sanitaris**, als grups de discussió predomina també una visió globalment satisfactòria (si bé també s'assenyalen alguns buits o limitacions en relació a l'atenció en determinades especialitats o procediments mèdics i a les diferències existents entre CA en aquesta qüestió). Els principals problemes detectats en tot cas se situen en el funcionament quotidià, les llistes d'espera i la massificació, que fan que aquesta cobertura a la pràctica no sigui del tot efectiva.

En aquest sentit, un dels temes clau en els discursos sobre la política sanitària és la qüestió de a qui cobreix el sistema, i a quin cost. En general es percep que hi ha una tensió molt important entre les necessitats d'atenció en salut i les possibilitats del sistema; tensió que es concreta en la massificació i la lentitud de la sanitat pública. Des del punt de vista dels i les participants als grups de discussió és un debat estretament vinculat amb la qüestió de com es finança el sistema i amb l'arribada de població immigrada.

En aquest sentit, en passar dels principis abstractes –la universalitat i la gratuïtat de la sanitat– a l'àmbit concret de l'atenció sanitària, en molts dels grups apareixen visions ambivalents i contradictòries: davant d'una situació de massificació, ja no és tant evident la defensa de la universalitat i la igualtat de tracte per a tots els ciutadans i ciutadanes (Catalunya, Extremadura, Múrcia, Cantàbria, País Basc). Apareixen, en canvi, sensacions de greuge comparatiu i opinions que advoquen per establir algun tipus de limitació al dret a l'atenció mèdica i/o per establir privilegis –en termes d'atenció més ràpida–, sobretot per a determinats col·lectius: explícitament parlen de les persones que cotitzen, però en realitat entre línies s'entén que s'estan referint a la població autòctona. Quan apareix aquest debat, però, seguidament altres participants discrepen i defensen el principi d'universalitat de la cobertura.

La **pressió assistencial** s'associa a alguns elements externs a la política sanitària com ara l'augment de l'exigència de la societat i el mal ús o abús dels serveis sanitaris per part de la població (Navarra, Castella i Lleó, La Rioja, Galícia, País Basc), l'augment de població en general (Galícia, País Basc) i de persones immigrades en particular (Catalunya, Navarra, País Basc, Balears, Extremadura) o l'envelliment de la població i l'augment de l'esperança de vida (Catalunya, Navarra, Cantàbria). Tanmateix, també es mencionen factors que sí que estan directament relacionats amb el model de finançament i la cobertura de la política sanitària, com ara la manca d'inversió i de previsió (Mallorca, Cantàbria i Canàries, malgrat que en aquest darrer grup també s'expressa la percepció que en els últims anys s'ha realitzat un esforç important en la inversió) i, finalment, el turisme sanitari i la cobertura de les persones residents d'origen comunitari (Madrid, Extremadura i Mallorca).

En general, doncs, el que s'està posant sobre la taula és la inadequació del model actual a les necessitats de la població. Es percep que el sistema sanitari està infradimensionat i infradotat, i que cal una major despesa en sanitat per solucionar aquesta qüestió. Alhora, es remarca la dificultat de realitzar aquesta inversió a causa de la tensió entre població activa i població passiva; partint en molts casos, com s'ha dit, d'una percepció genèrica –i equivocada– del fet que la població immigrada és fonamentalment passiva i per tant és en bona part responsable de la tensió assistencial actual.

Finalment, apareix un darrer aspecte a tenir en compte pel que fa a la percepció de la cobertura: la **distribució territorial dels serveis** per a garantir l'equitat en l'accés de tota la ciutadania. A quatre grups de discussió es fa una valoració positiva dels avenços realitzats en aquest àmbit (Catalunya, Cantàbria, Múrcia i Extremadura). Als grups de Canàries i d'Aragó, en canvi, es fa referència a la persistència de les dificultats d'atenció a les zones rurals, qüestió que apareix reiteradament al grup aragonès.

“Mujer: ... en el año 2008 y siglo xxi. Que me da igual, si lo tienen que poner que lo pongan, porque tiene el mismo derecho él que vive en un pueblo que yo que vivo en Zaragoza. Él no ha elegido vivir en el pueblo.”

(Aragó)

Així doncs, veiem com a tots els grups de discussió el centre del discurs fa referència a elements molt concrets relacionats amb el funcionament quotidià dels serveis sanitaris. D'aquesta manera es fa èmfasi en el decalatge existent entre la gran satisfacció genèrica que es té amb els principis i la qualitat de la sanitat pública espanyola i els diferents problemes de funcionament que es repeteixen i que fan que disminueixi notablement aquesta satisfacció en la concreció efectiva del dret a la sanitat.

Emergeix, amb un amplíssim consens si bé expressat amb major o menor èmfasi, la **lentitud en l'atenció i les llistes d'espera** per a les proves diagnòstiques, les intervencions i l'atenció especialitzada com el gran problema de la sanitat pública espanyola (Andalusia, Aragó, Astúries, C. Valenciana, Cantàbria, Canàries, Navarra, Galícia, Catalunya, Madrid, Castella-la Manxa, Castella i Lleó, Balears). Alhora s'associa directament aquesta lentitud a la ràtio existent entre el personal sanitari i els pacients i la falta de personal mèdic existent (Catalunya, Navarra, Galícia, Andalusia, Balears, Múrcia i Cantàbria). A Cantàbria s'esmenta, a més a més, l'envelliment d'aquest col·lectiu i la falta de renovació. Així, de forma molt unànime apareix la percepció que la sanitat pública està en una situació de saturació, massificació i col·lapse, i la dotació de recursos no s'adequa a les necessitats de l'atenció sanitària.¹¹ Es valora, a més, que aquesta és la causa principal dels nombrosos problemes que apareixen en la relació quotidiana de la ciutadania amb el sistema sanitari.

11 De fet, només al grup de discussió de Navarra es té una percepció general que la cobertura efectiva és satisfactòria i de gran qualitat.

A la pràctica, es considera que la magnitud d'aquest problema genera diversos efectes destacables:

- La dificultat per fer efectiva la cobertura i el dret a la salut (Canàries, Galícia) i les dificultats per obtenir un diagnòstic ferm a causa de l'allargament del procés (La Rioja, Madrid), amb el risc per a la salut que això comporta.
- El mal ús dels serveis sanitaris i, en concret, la sobrecàrrega de les urgències hospitalàries per tal d'accelerar els diagnòstics:

“Hombre: La gran parte del mal funcionamiento es por el mal uso también. Porque lo usamos bastante mal.”

(País Basc)

“Mujer: No es sólo eso. A veces la gente acude directamente a urgencias para que le solucionen algo y también puede haber un abuso de urgencias. Pero es que si vas por la vía normal no te lo solucionan. Entonces, a veces, urgencias está saturada de gente que va a la desesperada para que le solucionen un tema.”

(Galícia)

- La fugida cap a la sanitat privada (Castella-la Manxa, La Rioja, Galícia, Aragó, València, Andalusia). En aquest sentit, hi ha una gran unanimitat al voltant de considerar que la sanitat privada és més àgil que la pública: a 15 de les 17 comunitats autònomes es menciona aquest element (Andalusia, Aragó, Valencia, Canàries, Cantàbria, Castella i Lleó, Castella-la Manxa, Catalunya, Extremadura, Galícia, La Rioja, Madrid, Múrcia, Navarra i el País Basc); tot i que en general, com desenvoluparem més endavant, la qualitat de la pública és més ben valorada.

També es menciona la dificultat per fer efectiu a la pràctica alguns drets sanitaris, com per exemple el dret a demanar una segona opinió mèdica. Als grups del País Basc, Múrcia, Extremadura, Madrid, Balears, Andalusia i Navarra les persones assistents coneixen els drets existents en aquest sentit i els valoren positivament, tot i que es considera que les possibilitats d'exercir-los són limitades i que requereixen de massa burocràcia, el que fa que en ocasions no siguin aplicables.

Com a contrapunt a aquestes valoracions majoritàriament negatives de la dimensió operativa del sistema sanitari, en general es té una bona impressió dels seus **recursos humans i materials**. En aquest sentit, la qualitat dels metges i metgesses de la sanitat pública rep una valoració globalment bona (Catalunya, Astúries, Extremadura, Galícia, Múrcia) o molt bona (Andalusia, Aragó, Castella-la Manxa, C. Valenciana, Madrid, Balears, Cantàbria, Navarra i el País Basc). A Catalunya, Madrid i la Comunitat Valenciana s'afegeix, a més, l'excel·lent valoració dels equips d'investigació mèdica. Respecte a la infraestructura, els equipaments i els recursos materials, en general, s'expressa una moderada satisfacció; excepte en el cas de La Rioja i de Galícia, on se subratlla la necessitat d'invertir en més infraestructures. A Extremadura, Múrcia,

Cantàbria i Catalunya es destaca l'avenç realitzat pel que fa a la dotació d'hospitals i centres de salut al territori, i a Extremadura i Galícia també es fa esment a la millora dels medis materials, posant l'exemple de tractaments concrets que anteriorment s'havien de derivar a altres CA i actualment ja s'ofereixen.

Aquesta valoració positiva dels recursos humans i materials de la sanitat enllaça amb una valoració també força positiva per part de diferents CA (Catalunya, Canàries, Galícia, Andalusia, Navarra, Balears, Castella-la Manxa, Extremadura, País Basc, Madrid, Múrcia, Cantàbria, Castella i Lleó) de l'evolució global de la sanitat pública espanyola.¹² Així, en general es destaca precisament que aquesta és la causa de la preferència per la sanitat pública, especialment en els casos de malalties greus; mentre que hi ha una àmplia unanimitat sobre que la principal raó per recórrer a la privada són les llistes d'espera.

Taula 2.3
Percepcions al voltant de la comparació entre la sanitat pública i la privada, per comunitats autònomes

	Andalusia	Aragó	Astúries	Balears	C. Valenciana	Canàries	Cantàbria	Castella i Lleó	Castella-la Manxa	Catalunya	Extremadura	Galícia	La Rioja	Madrid	Múrcia	Navarra	País Basc	TOTAL de grups on es menciona
La privada és un negoci, primen els beneficis																		3
La privada és més àgil																		14
La privada té millors instal·lacions																		1
La privada és més còmoda																		5
La cobertura de les mútues s'ha reduït																		1
La pública té major qualitat																		9
La pública té millors mitjans																		6
Davant problemes greus de salut és preferible la pública																		7
Pública i privada tenen els mateixos professionals																		5
Pública i privada són interdependents																		6

Font: elaboració pròpia.

12 Només a La Rioja i Aragó s'expressa una valoració eminentment negativa del funcionament i la qualitat de la sanitat pública.

Així doncs, si fem una mirada de conjunt podem concloure que els principals problemes detectats en l'àmbit sanitari no se situen ni al catàleg d'oferta que es cobreix, ni en la qualitat dels recursos humans, materials o de l'atenció sanitària –que es valoren molt positivament en general–, sinó amb aspectes operatius relacionats amb la pressió assistencial: massa població per a uns recursos limitats, que generen llistes d'espera i mala atenció.

De cara al futur, però, la perspectiva segueix sent eminentment positiva, ressaltant la preponderància que pren la innovació tecnològica en les expectatives favorables que s'expressen. Malgrat tot, també s'apunta la preocupació al voltant de la possibilitat de sostenir el gran volum de recursos que necessita aquesta política i de fer front a les tensions assistencials existents, que es preveu que seguiran augmentant arran dels canvis socials que s'estan vivint.

Taula 2.4

Síntesi de les percepcions dels grups de discussió respecte a la política sanitària

	Andalusia	Aragó	Astúries	Balears	C. Valenciana	Canàries	Cantàbria	Castella i Lleó	Castella-la Manxa	Catalunya	Extremadura	Galícia	La Rioja	Madrid	Múrcia	Navarra	País Basc	TOTAL
DIMENSIO SÍMBOLICA																		7
Universalitat	■			■		■	■	■							■			6
Gratuitat								■										1
DIMENSIO SUBSTANTIVA																		45
La cobertura	■	■	■	■		■	■	■	■	■					■	■		11
El finançament del sistema	■		■	■		■	■		■	■	■			■	■	■	■	11
Distribució territorial de l'atenció sanitària		■				■				■	■				■			6
La ràtio personal mèdic/ pacients i les llistes d'espera	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	17
DIMENSIO OPERATIVA																		47
Els models de provisió					■	■				■	■				■			5
L'atenció primària	■				■	■	■										■	5
La gestió	■		■			■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	14
Els drets dels usuaris/es	■	■	■	■	■	■	■		■		■			■	■	■	■	13
Els recursos humans i materials	■	■	■	■			■		■		■	■						9
VALORACIO GLOBAL																		37
Evolució dels serveis sanitaris		■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	15
Percepció general del present	■	■			■	■	■		■	■	■		■	■		■	■	12
Perspectiva de futur					■	■		■	■	■	■		■	■		■	■	10

Font: elaboració pròpia.

2.4. La política de serveis socials

Els serveis socials són en general un àmbit de política pública amb una baixa visibilitat social i política i amb una imatge pública força pobre. Les percepcions de la ciutadania en molts dels casos no es basen en un coneixement directe de les àrees de serveis socials autonòmiques, per la qual cosa els imaginaris socials d'aquesta política no tenen perquè coincidir amb les prestacions concretes que s'ofereixen des d'aquest àmbit. Per això, s'ha considerat interessant esmentar breument quins són els serveis que mencionen les persones participants als grups de discussió.¹³ A grans trets, a la majoria de grups es fa referència a les polítiques d'atenció a la gent gran (on en alguns casos s'inclouen les pensions), les polítiques familiars (esmentant ajuts familiars, guarderies, beques escolars i polítiques de conciliació), l'atenció a la dependència i la discapacitat, la lluita contra la violència de gènere i les actuacions vers l'habitatge. Amb molta menor freqüència, apareixen també la salut mental, les addiccions i les malalties cròniques, les polítiques d'inclusió social, de garantia de rendes i l'atenció a col·lectius marginals o en risc d'exclusió. En definitiva es tracta d'un imaginari on hi persisteix la tradicional perspectiva assistencial i benèfica dels serveis socials, associats a les rendes més baixes i als grups de risc (Casado, 2002), si bé alhora prenen importància les prestacions amb més tendència cap a l'universalisme.

Entrant ja a la valoració que es fa de la política de serveis socials, el principal aspecte a ressaltar és la **visió unànimement negativa dels serveis socials que apareix a tots els grups de discussió**, tant des del punt de vista operatiu com substantiu –de fet només a Galícia apareix una valoració parcial positiva.¹⁴ En realitat, a grans trets l'únic que es valora favorablement és la seva evolució en el temps, considerant que ha estat una àrea tradicionalment oblidada que ha gaudit d'un cert desenvolupament durant els últims anys. Aquesta percepció es correspon, de fet, amb el procés històric d'implantació d'aquesta política, en tant que a l'Estat espanyol els serveis socials constitueixen un sistema de protecció social de recent desenvolupament, molt dèbil, amb una implantació desigual i que a més s'enfronta avui a una demanda creixent de necessitats diverses a cobrir (Adelantado i Jiménez: 2003).

En aquest context, i malgrat l'expansió i modernització que han sofert les polítiques de serveis socials a l'Estat espanyol, les expectatives d'un augment significatiu de la cobertura dels serveis i prestacions públiques en aquesta àrea no s'han acomplert, i

13 Si bé en aquest capítol no tenim espai per a abordar-ho amb detall, tant els temes que se citen com els silencis que apareixen ens donen pistes tant sobre les preocupacions i necessitats de la ciutadania dels diversos territoris i sectors socials, com sobre les característiques dels diferents sistemes de protecció autonòmics.

14 La qual cosa pren força sentit si tenim en compte que precisament aquest és un dels grups de discussió compost per persones de rendes baixes, que en alguns casos efectivament han gaudit de prestacions socials d'aquests tipus.

els serveis socials segueixen tenint una posició perifèrica i subordinada en el conjunt de les polítiques socials. Així s'ha manifestat a les percepcions d'algunes de les persones participants als grups de discussió (Illes Canàries, Múrcia, Andalusia). Concretament, el que es planteja és que hi ha una relegació dels serveis socials per part de l'Estat. Alhora, es ressalten altres factors, com ara;

- La inadequació entre els serveis que s'estan oferint i les necessitats de la població actual (Cantàbria, Múrcia, La Rioja i Navarra). En aquest sentit, es percep (La Rioja, Navarra) que la societat és cada cop més complexa, apareixen noves exigències i augmenten les necessitats de les persones, però que alhora no hi ha una resposta suficient als canvis per part dels poders públics. És a dir, que hi ha encara un decalatge molt important entre els canvis socials i la resposta estatal.
- La seva dependència excessiva de l'agenda mediàtica o pública, que pot arribar a provocar una prioritització errònia de la intervenció pública, més centrada en el populisme o en les "modes" que en les necessitats socials (Andalusia).

Per tant, pel que fa a la cobertura tot i que a la majoria de grups es considera que s'han millorat les prestacions existents –ja que fins fa poc temps es creia que aquestes eren bàsicament residuals–, gairebé en tots els casos s'expressa descontentament amb la situació actual, en la qual se subratlla la insuficiència de la cobertura i la necessitat de destinar-hi molts més recursos.

Les crítiques sobre la cobertura dels serveis socials sorgides als grups de discussió se centren en dues direccions: respecte a la intensitat de la cobertura (el tipus d'ajuts i la seva dotació) i envers la seva extensió (quins sectors i col·lectius poden accedir a les prestacions).

Quant a la **intensitat de la cobertura**, només destacarem que el debat ha girat entorn al problema de la inadequació de les prestacions, ja sigui perquè són excessivament puntuals i tenen poca continuïtat (La Rioja i Navarra), perquè es considera que el seu import és massa baix (Navarra, Astúries respecte a la pensió d'invalidesa, i el País Basc i Balears respecte a les pensions de viduitat) o perquè es creu que en ocasions les polítiques que es duen a terme no s'ajusten a les necessitats i formes de vida dels col·lectius als quals s'adrecen i per aquesta causa no tenen massa èxit (en concret a Andalusia parlen de les intervencions dirigides a la població gitana).

En relació a l'**extensió de la cobertura** el debat ha estat intens a tots els grups. Concretament, el que s'ha apuntat amb major freqüència és:

- La manca de recursos d'atenció a la gent gran, especialment els residencials i els centres de dia (Andalusia, Balears, Cantàbria, Castella i Lleó, Castella-la Manxa, Catalunya, C. Valenciana i Madrid). En aquest sentit, a 8 CA es considera que l'escassetat de residències genera la necessitat de recórrer al sector privat, que es percep que té un cost exorbitant i inaccessible fins i tot per a les rendes mitjanes;

amb la qual cosa es reivindica amb molta força la necessitat d'augmentar aquest tipus de recursos i d'universalitzar-los.

- El poc desenvolupament dels ajuts a la dependència i a la discapacitat (Andalusia, Aragó, Balears, La Rioja, Navarra i País Basc), especialment en el cas de la discapacitat, on es creu que a la pràctica només es cobreixen graus de discapacitat molt alts i es deixa fora a la major part de les persones que necessiten atenció (Balears i Aragó).
- La percepció que determinats col·lectius són els principals destinataris de les prestacions i/o en són els usuaris habituals (població amb rendes molt baixes, persones immigrades, sectors marginals, població gitana, persones amb toxicomania o alcoholisme...). Alhora, s'expressa la visió que aquests col·lectius estan, però, en contínua competència a causa de la manca de recursos suficients per a la protecció de tots els col·lectius. En aquest sentit, apareix, per una banda, la percepció majoritària (a 7 dels grups de discussió)¹⁵ que la població immigrada –tal i com ha succeït en la política educativa i sanitària– rep més ajuts socials; o bé perquè tenen més drets garantits o bé perquè gaudeixen d'una millor informació gràcies a la mediació de les associacions de persones immigrades o les ONG de suport i a la rapidesa de la circulació de la informació al si de les seves pròpies xarxes socials. A Navarra i Madrid, en canvi, s'expressa l'opinió contrària i hi ha una forta controvèrsia.

“Hombre: ... es que conozco varios casos así, siempre tienen más derecho los de fuera que los españoles, de hecho cuando vienen los inmigrantes, me encuentro páginas en Internet, de, eres inmigrante, consulta esta página que sabrás cuales son tus derechos. Sus derechos son todos. Deberes? Deberes ninguno. Pueden robar 40 chalets y te dejaran en la calle al día siguiente, pero derechos los tienes todos”.

(C. Valenciana)

Vinculat a aquesta qüestió, apareix reiteradament als grups un debat al voltant dels **criteris específics pels quals es decideix l'accés a serveis i prestacions**. Corresponent amb la lògica de distribució de les prestacions a l'Estat espanyol, que ha tendit a seguir criteris fonamentalment socioeconòmics a banda de la necessitat de la demanda (Casado, 2007), les crítiques s'han focalitzat en diferents aspectes del càlcul del nivell de renda: si s'han de tenir en compte els ingressos personals o els familiars (Catalunya, Cantàbria); si es parteix només dels ingressos o bé també es pren en consideració el patrimoni acumulat –especialment pel que fa a la gent gran, donat que moltes de les pensions de jubilació són molt reduïdes– (País Basc); o si neces-

15 En aquesta qüestió es fa evident l'efecte de la composició dels grups de discussió: només una de les 113 persones participants és estrangera. Si s'hagués optat per incorporar més persones d'origen immigrant probablement el debat hagués estat molt més viu.

sàriament s'ha de partir de la renda formal i demostrable (Aragó, País Basc, Astúries, Cantàbria, C. Valenciana, Catalunya) ja que així es creen greuges comparatius, tant en relació als col·lectius no assalariats (professionals liberals, règim agrari, empresari, etc.), com a les persones que es mouen en l'economia informal, i a les persones immigrades (quan són nouvinguts i encara no han elaborat la declaració de la renda).

I finalment, es destacable la percepció del fet que hi ha dos grups socials que de forma sistemàtica no accedeixen als serveis socials, encara que sovint en puguin tenir necessitat. Als grups de Múrcia, Balears i Castella-la Manxa es considera que en general la gent gran en queda fora; mentre que a 6 comunitats autònomes es parla de la falta d'accés de les classes mitjanes a l'assistència social –en concret es mencionen les beques escolars, les ajudes a la dependència, les residències i l'habitatge social– (Múrcia, Navarra, C. Valenciana, Extremadura, Castella-la Manxa, Aragó).

Així, la qüestió de la manca d'accés de les classes mitjanes a aquestes prestacions ens remet a dos elements clau en el debat subjacent a l'àrea de serveis socials. Per una banda, apunta al caràcter no universal de les principals prestacions socials a l'estat del benestarespanyol i a la debilitat dels recursos públics destinats a aquest àmbit, que genera tensions i debats molt importants al voltant de com es distribueixen aquests recursos. El decalatge entre el discurs universalista de la política de serveis socials i la pràctica de la seva oferta pública, que és bàsicament insuficient, selectiva i focalitzada, contribueix a alimentar aquestes tensions.

Per altra banda, ens apunta a una altra qüestió clau: *la radical invisibilitat per a les persones participants als grups de discussió del caràcter dual del règim de benestar espanyol*. El model de polítiques de benestar espanyol, com succeeix a la resta de l'Europa mediterrània, s'estructura al voltant d'una estreta vinculació al mercat laboral i, per tant, facilita una protecció intensa (a nivell de jubilació i atur) per a grups reduïts de persones treballadores, que alhora coexisteix amb àmplies capes de població que gaudeixen d'una cobertura molt dèbil, fragmentada i, fins i tot, inexistent (Gallego, Gomà, Subirats, 2003). Per tant, en els discursos de molts dels grups de discussió el que s'assenyala com un dels col·lectius més perjudicats, el que es creu que sofreix un greuge comparatiu, és precisament el grup que –si ho mirem des del punt de vista global del sistema de protecció social en el seu conjunt i no només en termes d'assistència social– és el més beneficiat del sistema: el col·lectiu d'adults ocupats a temps complet en el mercat de treball formal.

Respecte al **finançament** i la despesa d'aquesta política, hem comprovat que a 12 dels 17 grups de discussió s'expressa la percepció que l'àrea de serveis socials disposa d'un pressupost insuficient per fer front a totes les demandes i necessitats que apareixen (Andalusia, Astúries, C. Valenciana, Illes Canàries, Cantàbria, les dues Castelles, Catalunya, Navarra, C. Madrid, País Basc, Múrcia). En relació a aquesta situació, per exemple, a Andalusia es planteja el debat sobre si realment la societat en el seu conjunt està disposada a pagar més impostos per fer possible un sistema de protecció social més adequat; mentre a Cantàbria i Catalunya es menciona una altra vega-

da la tensió entre població activa i passiva i l'envelliment de la població, vinculant la creixent necessitat de destinar recursos a les pensions a les dificultats pressupostàries per dotar més adequadament als serveis socials.

Entrant ja en la dimensió operativa, el primer element a ressaltar és que les polítiques de serveis socials a l'Estat espanyol es caracteritzen per una gran fragmentació pel que fa als **agents responsables i proveïdors de serveis**. Per una banda, donada la distribució de competències en aquest àmbit, és destacable el protagonisme que prenen els nivells de govern local i supralocal. Per l'altra banda, a causa de la seva evolució històrica i a la debilitat de la cobertura pública que s'ofereix, la presència del sector privat (tant mercantil com comunitari, benèfic i/o religiós) és molt important, especialment en àmbits concrets com la lluita contra l'exclusió social i l'atenció a col·lectius específics i/o marginals –malalties concretes, toxicòmans/es, persones sense sostre, etcètera (Adelantado i Jiménez: 2003).

És per això que no ens ha d'estranyar que als grups de discussió surti el debat al voltant d'aquests dos elements. Si bé la relació entre el sector públic i el privat és una qüestió que ha anat apareixent també en la discussió sobre les polítiques sanitàries i educatives, en canvi el paper de les administracions locals només es menciona en el cas dels serveis socials.

A 5 de les 17 comunitats autònomes es parla de la participació del tercer sector. Les valoracions positives han vingut de la mà d'Andalusia, Catalunya i Castella i Lleó, on en general s'assenyala el bon servei que aquest sector aporta a la societat i el seu paper cabdal a l'hora de satisfer les necessitats i demandes de la població. En canvi, les visions més negatives han aparegut, sobretot, a Canàries (i en menor mesura a La Rioja), on es valoren críticament les relacions que es donen entre les administracions públiques, el sector privat mercantil i les organitzacions voluntàries. Al grup de Canàries, per exemple, es considera que l'Estat necessitaria ampliar competències per poder millorar els serveis socials, ocupant espais que ara està delegant en entitats socials o empreses privades. Es fa èmfasi, per tant, en la desresponsabilització de l'Estat, que porta a un traspàs excessiu de serveis al tercer sector i a les empreses que, a més, es dóna sense massa controls públics i amb un caràcter que es percep com a essencialment clientelar. Cal anotar, però, que aquests tipus de visions es vinculen amb la percepció general que ha aparegut en aquest grup de discussió al voltant dels problemes d'arbitrarietat, caciquisme, corrupció i crítica general sobre les relacions existents entre el sector públic i privat a les Canàries.

Pel que fa al paper de les administracions locals, la percepció en general és molt positiva. Es destaca especialment la proximitat i el paper clau que a les poblacions més petites o als barris està tenint la provisió de, per exemple, serveis com ara els centres de dia, les beques escolars o els ajuts als infants. Consideren que aquest tipus de polítiques en mans de les administracions locals comporten un accés més fàcil, més directe, amb un tracte més personal i de confiança, adequat a les necessitats específiques; en definitiva, més proper.

Independentment de quin sigui finalment l'actor proveïdor dels serveis, però, apareix la sensació –molt més acusada i generalitzada que a les altres polítiques– del fet que hi ha importants **mancances pel que fa a la informació**. De fet, es destaca que no només es tracta que hi hagi poca informació respecte a les prestacions existents sinó també que els canals i mecanismes per a buscar-la no són gaire clars ni accessibles. En general, doncs, la dinàmica de l'accés i la gestió dels serveis és percebuda com a caòtica i molt fonamentada en el boca a boca, la qual cosa a alguns dels grups de discussió es valora molt negativament perquè pot tenir com a conseqüència el no accés a les prestacions. Addicionalment, la desinformació esdevé un factor que genera un greuge comparatiu entre diferents sectors de població: es creu que les persones i col·lectius amb "més necessitat" coneixen millor el sistema i accedeixen més fàcilment als recursos. Tot plegat condueix a que a diferents grups de discussió s'expressi el dubte de si els ajuts s'acaben dirigint realment a qui els necessita, generant-se així una tensió amb tot el que fa referència als col·lectius específics.

Finalment, el darrer element que destaca amb força en la percepció de les polítiques de serveis socials és el **caràcter burocràtic de la gestió** dels serveis socials. Aquest és el tema central a les 13 comunitats autònomes que parlen del sistema de gestió d'aquesta àrea. A onze d'elles apareix una valoració essencialment crítica; mentre que en una altra és positiva (Castella i Lleó), en canvi a Galícia no s'arriba a un acord. En el cas de Galícia, cal mencionar que gran part dels participants del grup havien accedit a diferents prestacions i ajuts, per tant la seva narració se centra en les diferents experiències que uns i altres han tingut, que a més són de signe molt contrari: algunes molt satisfactòries i d'altres no ho eren en absolut.

A les comunitats més crítiques el que s'emfatitza són els diferents factors que generen una percepció kafkiana d'aquest sector de l'administració; com ara la quantitat de tràmits i paperassa necessària per tal d'accedir a les prestacions i ajuts necessaris (Comunitat Valenciana, Canàries, Navarra, Galícia), la manca de coordinació entre administracions i serveis (Canàries), o la lentitud en els barems requerits per tal de reconèixer drets i ajuts concrets (Cantàbria, Madrid).

En conjunt doncs, es tracta d'una política valorada molt negativament avui dia, en especial a nivell substantiu; si bé des d'un punt de vista evolutiu apareix un cert consens en reconèixer els avenços assolits a un gran nombre de CA. Es mencionen alguns exemples concrets, com ara la millora en l'IMSESO, de l'atenció domiciliària a les persones grans i la lluita contra la violència de gènere, o el fet de passar d'una pràctica dels serveis socials fonamentada en la caritat o beneficència a uns serveis més vinculats a un reconeixement de drets.

De cara al futur les visions són contradictòries. Mentre a algunes CA (Extremadura, Castella i Lleó i Cantàbria) es considera que la política de serveis socials seguirà millorant, ja sigui perquè les necessitats i demandes segueixen creixent, ja sigui perquè l'allargament de l'esperança de vida farà que aquesta política s'hagi de prioritzar; en d'altres (Múrcia, Aragó, C. Valenciana i Canàries) predomina una previsió negativa,

destacant que serà difícil desenvolupar més els serveis socials perquè segueix sent una política secundària, la primera en ser retallada en moments de crisi.

Taula 2.5
Síntesi de les percepcions dels grups de discussió respecte als serveis socials, per comunitats autònomes

	Andalusia	Aragó	Astúries	Balears	C. Valenciana	Canàries	Cantàbria	Castella i Lleó	Castella-la Manxa	Catalunya	Extremadura	Galícia	La Rioja	Madrid	Múrcia	Navarra	País Basc	TOTAL
DIMENSIO SUBSTANTIVA																		55
Què es cobreix																		17
Criteris																		11
Qui està cobert																		13
Finançament i despesa																		14
DIMENSIO OPERATIVA																		38
Participació sector privat (mercantil i comunitari)																		5
Paper d'altres administracions																		3
Recursos																		9
Informació																		8
Gestió																		13
VALORACIO GLOBAL																		36
Evolució dels serveis socials																		15
Percepció general del present																		10
Electoralisme																		4
Perspectives de futur																		7

Font: elaboració pròpia.

2.5. Conclusions

En aquest capítol ens hem aproximat a les percepcions existents a nivell social sobre l'estat del benestar sobre les polítiques educatives, sanitàries i de serveis socials desenvolupades en el marc del procés autonòmic.

En general es considera que persisteixen les diferències interterritorials en les polítiques socials, sent les autonomies més riques les que es creu que han desenvolupat un millor

sistema de benestar. Es percep, doncs, el nivell de renda com l'element explicatiu clau de la qualitat de les polítiques socials, si bé alhora es fa una interpretació més complexa dels factors determinants en la construcció de diferents règims de benestar autonòmics, esmentant factors socials, fiscals, partidistes, demogràfics, culturals, de capacitat de gestió, o directament vinculats al procés de desenvolupament de l'Estat autonòmic. No obstant, paral·lelament predomina l'opinió que el procés de descentralització ha contribuït a una molt notable disminució de les desigualtats històriques entre les CA.

A grans trets, hem vist com arreu es fa una valoració global molt positiva de l'evolució de les polítiques de benestar als darrers 25 anys i s'expressa un alt grau d'acord amb els valors i principis amb què se sustenten. A l'hora d'avaluar la situació actual, però, la situació és força diferent: apareixen crítiques importants sobre la concreció pràctica de les polítiques socials en diferents aspectes, i amb matisos i intensitats variables en els diferents grups de discussió.

De les tres polítiques públiques que ens ocupen, destaca la visió eminentment negativa dels serveis socials a tots els nivells: la cobertura, els criteris d'accés, la dotació de recursos i la seva gestió; percepció que, com veurem als capítols sobre aquestes polítiques al llarg d'aquest llibre, es correspon plenament amb la debilitat històrica en el desenvolupament i finançament d'aquest sector.

Respecte a l'educació, cal ressaltar com en general coexisteix una valoració bàsicament positiva de l'educació obligatòria amb la consideració que a la no obligatòria persisteixen mancances molt importants en la cobertura. La percepció respecte als continguts educatius, el professorat i les infraestructures és bona; mentre que les crítiques es concentren en els criteris d'accés als centres públics, la massificació de les aules, i l'existència d'una creixent segregació social a l'escola pública; crítiques que s'entrellacen amb el debat sobre la llibertat d'elecció de centre i la comparació entre l'escola pública i la privada o concertada.

La sanitat pública, per la seva banda, apareix nítidament com la política social millor valorada, tant pel que fa a l'accés, la qualitat, l'atenció i els seus recursos humans i materials. En aquest camp els principals problemes que es perceben són clarament la massificació i la manca de personal suficient, que es tradueix en una gran pressió assistencial, lentitud i llargues llistes d'espera.

Independentment de la política a la qual es fa referència, però, hem pogut copsar com a tots els grups de discussió realitzats, l'eix vertebrador dels discursos és el paper clau dels sistemes públics de benestar en la gestió, reducció i/o transformació de les desigualtats socials. Les persones participants, doncs, mostren ser perfectament conscients de què és el que està en joc en les polítiques socials: el debat polític de fons al voltant de la pregunta de "qui té dret a què?", així com la forma com aquesta pregunta es respon i es negocia en cada moment i en cada context territorial, generant determinades configuracions de polítiques públiques i de mecanismes de protecció i desprotecció de col·lectius i grups.

Alhora, destaca com a tots els grups de discussió apareix una preocupació clara per la sostenibilitat de l'estat del benestar. L'envelliment de la societat, l'augment de la complexitat social i de les demandes de la ciutadania, l'arribada de població immigrada i el debilitament de les xarxes familiars i comunitàries de suport són els principals factors que es percep que posen en tensió els règims de benestar vigents. Així, el debat sobre la definició dels subjectes de drets se situa en un marc de recursos percebuts com a escassos i de lluita entre col·lectius per ells mateixos, i es vincula directament a l'altre gran *leit motiv* dels discursos: el finançament de les polítiques socials i la connexió entre la contribució econòmica de les persones (via cotització) i el seu accés als serveis.

En aquest punt, els debats que sorgeixen deixen traslluir el caràcter dual i l'origen fonamentalment contributiu del model de benestar de l'Estat espanyol. La fugida de les classes mitjanes dels serveis públics, la creixent concepció del col·lectiu immigrat com a població fonamentalment passiva, o la crítica a l'excessiva focalització de l'atenció social en els grups més vulnerables són algunes de les preocupacions de fons que han aparegut; les quals expressen la persistent debilitat de les polítiques de benestar a casa nostra.

Considerem, per tant, que una lectura global de tots els elements exposats permet veure com els ciutadans i ciutadanes expressen una concepció força complexa de com es concreta l'estat del benestaren termes de reconeixement de drets, del tipus d'intervencions desenvolupades i dels efectes que es generen a l'hora d'aterrar i fer efectius els valors i principis genèrics; així com dels elements polítics, socials, econòmics i culturals que incideixen en aquest procés.

Els resultats exposats ens assenyalen, doncs, quins són els problemes que la ciutadania identifica des de les seves percepcions i des de l'experiència viscuda, el que ens proporciona un valuós element de contrast a la resta de capítols del llibre, centrats en l'anàlisi del desenvolupament que han tingut els règims de benestar autonòmics a l'Estat espanyol.

2.6. Bibliografia

Adelantado, J.; Jiménez, A., "Las políticas de servicios sociales de las Comunidades Autónomas", a Gallego, R.; Gomà, R., Subirats, J. (ed.), *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*, Barcelona: Ed. Tecnos, 2003.

Arriba, A.; Calzada, I.; Del Pino, E., "Las actitudes de los españoles hacia el Estado de Bienestar (1985-2005)", *Opiniones y Actitudes del CIS*, nº 55, 2006.

Calera, J.; Bonal, X.; Brugué, Q., "La política educativa", a Gallego, R.; Gomà, R., Subirats, J. (ed.), *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*, Barcelona: Ed. Tecnos, 2003.

- Canales, M; Peinado, A., "Grupos de discusión", en Delgado J. M., Gutiérrez, J. (Coord.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, España: Síntesis, 1994.
- Gallego, R., "Las políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas", a Gallego, R.; Gomà, R.; Subirats, J. (ed.), *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*, Barcelona: Ed. Tecnos, 2003.
- Gallego, R.; Gomà, R.; Subirats, J., "Las dinámicas de cambio en las políticas sociales: España en perspectiva comparada", a Gallego, R.; Gomà, R.; Subirats, J. (ed.), *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*, Barcelona: Ed. Tecnos, 2003.
- Gallego, R.; Subirats, J., *Veinte años de autonomías en Espanya*, Madrid: CIS, 2002.
- García Fernando, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F. (Compiladores), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, Madrid: Alianza Universidad Textos, 1992.
- INE, *Notas de prensa. Contabilidad Regional de España base 2000 (CRE-2000). Producto Interior Bruto regional. Año 2007. Principales resultados*. 2008. Disponible a: <http://www.ine.es/prensa/np495.pdf>.
- Noya, F. J., "El valor de la ambivalencia. Las actitudes ante la meritocracia, la igualdad y el Estado de Bienestar en España en perspectiva comparada", a *REIS*, nº 86, 1999, p. 185-221.
- Oficina económica de la Moncloa, *Inmigración y economía española: 1996-2006*, 2006. Disponible a: <http://www.la-moncloa.es/NR/rdonlyres/62B6B50E-AE7B-455A-85A5-600EF4EA9281/80515/InmigracionYEconomiaEspañola12Nov.pdf>.
- Vallès, M., *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid: Editorial Síntesis, 1997.

3.

ANÀLISI DE LA REALITAT SOCIOESTRUCTURAL DE LES COMUNITATS AUTÒNOMES

Clara Riba i Pablo Barberá

3.1. Introducció

Ens els últims quinze anys els models de polítiques socials desplegades per les administracions públiques han canviat de manera substantiva, paral·lelament a una sèrie de canvis econòmics, socials i polítics; entre els quals destaca la transferència de competències de l'Estat a les diferents comunitats autònomes en matèria educativa i de serveis socials, a partir de 1996; i també sanitària, des de 2001. Quin ha estat l'impacte d'aquesta profunda transformació a nivell polític en la realitat socioestructural de l'Espanya de les Autonomies? Ha facilitat el procés de descentralització una major convergència en les diferències preexistents entre autonomies? O, pel contrari, ha exacerbat les desigualtats socials, econòmiques o polítiques?

El propòsit del present capítol és precisament tractar de donar resposta a aquestes qüestions. El nostre objectiu fonamental és analitzar la realitat estructural en què es dissenyen i s'implementen aquestes noves polítiques públiques de benestar, intentant explorar l'efecte que podrien haver tingut sobre les característiques demogràfiques, econòmiques, socials i culturals que defineixen la població de les diferents comunitats autònomes. Al nostre estudi, per tant, tractem d'oferir una descripció detallada, a la par que sintètica, de les desigualtats i similituds existents entre les 17 comunitats autònomes espanyoles, així com la seva evolució durant els últims 15 anys, en aquelles dimensions considerades rellevants des d'un punt de vista polític, econòmic o social.

Amb aquesta finalitat, hem seleccionat onze possibles ítems que sintetitzen els diferents dominis que defineixen la realitat estructural de cada comunitat autònoma: demografia, ocupació, sistemes de protecció social, gent gran, salut, població estrangera, economia, habitatge, justícia i seguretat, educació, i participació i capital social. Per cadascun d'aquests dominis, hem cercat indicadors desagregats per comunitats i amb disponibilitat d'una sèrie temporal prou prolongada en el temps com per poder copsar tant la realitat estructural de base de cadascuna d'elles com la seva evolució al llarg dels últims anys.

Com a resultat d'aquest procés de recollida d'informació, d'entre una llista inicial de 240 indicadors, finalment vam seleccionar, en funció de criteris de rellevància teòrica i disponibilitat, els 101 que presentem a l'annex 1, on pot trobar-se una descripció detallada de cadascun d'aquests indicadors; així com la seva font i les transformacions que hem realitzat, quan així ho suggeria la seva distribució.

El següent pas en la nostra anàlisi, a la secció 2, consistirà en tractar de trobar els factors o dimensions subjacents que expliquen la variació conjunta entre aquestes variables, mitjançant la realització d'una anàlisi factorial. Com a resultat d'aquest procés, generarem un conjunt menor de noves variables, que resumiran les principals característiques sociodemogràfiques, econòmiques, polítiques i culturals de cada

comunitat autònoma i any. Aquests nous indicadors seran objecte d'un estudi descriptiu, en la secció 3, en la que estudiarem la seva evolució al llarg del nostre període d'estudi, tant pel que fa al seu valor en termes absoluts com a la seva distribució, intentant observar si s'han incrementat les desigualtats entre comunitats autònomes. A continuació, a la quarta secció, realitzarem una anàlisi comparativa entre les diferents comunitats, amb l'objectiu d'estudiar la posició relativa de cadascuna d'elles dins de cada factor, la qual cosa ens permetrà comprovar si existeixen diferències substantives en la seva realitat socioestructural. En la cinquena secció, finalment, el nostre propòsit serà el contrari: estudiarem no les diferències sinó les similituds entre comunitats autònomes; mitjançant una anàlisi de conglomerats, amb el que comprovarem fins a quin punt algunes d'elles presenten unes característiques semblants, pel que fa als nostres indicadors.

3.2. Els factors socioestructurals de les comunitats autònomes

Una anàlisi detallada i en profunditat de la realitat socioestructural de les comunitats autònomes espanyoles requereix la cerca i anàlisi d'un gran nombre de variables. En el nostre cas, tal i com ja hem indicat, hem seleccionat un total de 101 indicadors que, per motius teòrics o estadístics, hem considerat rellevants. Donada la complexitat d'una anàlisi que els inclogués tots, un pas necessari en el nostre estudi és el de tractar de sintetitzar les diferents variables en unes poques dimensions o factors que, sense perdre una proporció substancial de la informació disponible, ens permetin minimitzar el número d'indicadors a analitzar.

Des d'un punt de vista estadístic, la tècnica de l'anàlisi factorial és l'eina més adequada per a aquesta finalitat. Tal i com detallem en profunditat a l'annex 2, l'objectiu d'aquest tipus d'anàlisi és identificar els factors subjacents que expliquen la correlació existent entre grups de variables. L'anàlisi factorial, per tant, ens permet obtenir una sèrie d'indicadors estandaritzats –la qual cosa facilita la comparabilitat entre les diferents variables– que mesuren les dimensions rellevants de la realitat socioestructural de les comunitats autònomes espanyoles. Aquestes dimensions, com veurem a continuació, seran definides combinant criteris teòrics amb els resultats de les nostres anàlisis: aquelles variables amb puntuacions més altes en els mateixos factors són les que estan més relacionades entre si, indicant per tant que pertanyen a una mateixa dimensió.

Els factors obtinguts després de realitzar l'anàlisi, de manera diferenciada per cadascun dels deu grups de variables, poden trobar-se a la taula 3.1. Per facilitar la interpretació, hem representat amb un mateix color els factors que corresponen a un mateix domini, de manera que la resta de la nostra anàlisi al llarg del present subprojecte és coherent amb aquesta diferenciació inicial. Oferim una informació més de-

tallada sobre el procés que hem seguit per obtenir-los, així com les puntuacions de les variables per cadascun dels factors extrets, a l'annex 3 (taules A3.1 a A3.10), de manera que en aquesta secció ens limitem a oferir una descripció i explicació teòrica sobre cadascun d'ells.

Taula 3.1

Dimensions resultants de l'anàlisi factorial

1	Demografia: natalitat	15	Salut: qualitat i dotació dels hospitals
2	Demografia: nous hàbits socials	16	Salut: saturació dels centres hospitalaris
3	Demografia: dependència demogràfica	17	Salut: drogodependències
4	Demografia: feminització	18	Població estrangera
5	Ocupació: atur i inestabilitat laboral	19	Educació: qualitat del sistema educatiu
6	Ocupació: grau d'activitat laboral	20	Educació: extensió del sistema educatiu públic
7	Ocupació: sinistralitat laboral	21	Economia: creixement econòmic
8	Protecció social: cobertura de les pensions contributives	22	Economia: urbanització
9	Protecció social: cobertura de les pensions no contributives	23	Economia: recursos naturals i riquesa
10	Protecció social: cobertura dels desocupats i incapacitat	24	Habitatge: expansió del sector immobiliari
11	Protecció social: cobertura de les pensions contributives per atur	25	Justícia: eficàcia de les polítiques de seguretat i justícia
12	Gent gran: nivell d'atenció a les persones ancianes	26	Justícia: violència de gènere
13	Gent gran: cobertura de la seguretat social	27	Indicador sintètic de capital social econòmic
14	Salut: qualitat i dotació del sistema sanitari	28	Diferencial d'abstenció respecte a la mitjana espanyola

L'anàlisi factorial dels indicadors demogràfics ens permet distingir quatre dimensions clarament diferenciades. En primer lloc, variables com la mitjana de fills per dona i les taxes de fecunditat, natalitat i nupcialitat estan fortament correlacionades en una dimensió que podríem anomenar *natalitat*. El segon factor, per altra banda, fa referència a una sèrie de nous hàbits socials que han anat apareixent en les últimes dècades: el matrimoni i la maternitat a edats més avançades i els nuclis familiars cada cop més reduïts. A continuació, la mortalitat i l'increment de població envellida i menor de 16 anys sobre la població en edat de treballar estan correlacionades, formant un factor que mesuraria la dependència demogràfica, i que, com cabria esperar, presentaria valors més elevats en aquelles comunitats més despoblades, en termes relatius. Per últim, una quarta dimensió es podria interpretar com el nivell de feminització en els hàbits socials, en agrupar variables com les taxes d'avortament i el naixements per part de mares no casades. L'evolució

d'aquest quart factor, d'acord als resultats, seria paral·lela a l'increment de població immigrant, que sembla estar relacionat amb aquesta sèrie de canvis en els hàbits socials.

Tres són els factors que s'obtenen en replicar el mateix tipus d'anàlisi amb les variables seleccionades dins de l'apartat d'ocupació. El primer d'ells mesura el grau d'atur i inestabilitat laboral en cada comunitat autònoma, i n'inclou tant les taxes d'atur com les de temporalitat en els contractes de treball. A continuació, el percentatge de població activa sobre la població total està d'alguna manera relacionat amb l'absència de conflictivitat laboral, en una dimensió que podríem qualificar com *grau d'activitat laboral*. Per últim, la variable referent a l'incidència dels accidents laborals sembla no estar relacionada de manera intensa amb la resta d'indicadors, formant un factor diferenciat, que anomenem *sinistralitat laboral*.

En el cas dels indicadors de protecció social, l'anàlisi factorial ens permet distingir quatre dimensions, fortament relacionades amb cadascun dels nivells de protecció de la seguretat social. La primera d'elles fa referència a la cobertura de les pensions contributives, tant el total de pensions com les de jubilació i les incloses dins la categoria "altres"; i de les quals el seu número estaria correlacionat positivament amb la ràtio entre cotitzants i pensions en vigor. A continuació, trobem els indicadors de cobertura de les pensions no contributives, el total, i les de jubilació i invalidesa, així com el seu import mitjà. El tercer factor fa referència a la cobertura de les pensions per desocupació i incapacitat, en relacionar variables d'aquests dos tipus. Finalment, la generositat del sistema de protecció a l'atur, mesurat mitjançant el número de beneficiaris d'aquest tipus de prestacions i la seva taxa de cobertura, formen la dimensió referent a la cobertura de pensions contributives per atur.

Pel que fa als quatre únics indicadors disponibles dins de la categoria "gent gran", l'anàlisi factorial ens permet diferenciar dues dimensions. La primera d'elles, mesurada mitjançant el percentatge de persones grans que no viuen soles, mostra el nivell d'atenció a les persones ancianes. La segona, per altra banda, fa referència a la cobertura de la seguretat social a la vellesa, i esta formada per la cobertura de les pensions contributives i no contributives de la seguretat social, correlacionades de manera negativa.

La interpretació dels coeficients del cinquè grup de variables (salut) resulta més complexa que en el cas anterior, però, tot i així, els resultats de l'anàlisi factorial ens permeten parlar de diferents dimensions pel que fa al sistema sanitari i l'estat de salut en general de la població. La primera d'aquestes dimensions està formada per indicadors clarament relacionats amb la qualitat i dotació del sistema sanitari: esperança de vida i taxa de mortalitat infantil; i número de metges, ATS i despesa farmacèutica. La segona, amb un sentit més específic, fa referència a la qualitat i dotació dels hospitals, en agrupar variables com, per exemple, el número de llits i d'estàncies hospitalàries. A continuació, l'agrupació del número d'altres (mobilitat) als hospitals i la capacitat hospitalària, en sentit negatiu, ens indica que aquesta dimensió podria

mesurar el nivell de saturació dels centres hospitalaris. Per últim, un quart factor, que hem anomenat *drogodependències*, aglutina el número d'altres hospitalàries per addicció a les drogues i per alcoholisme, que sembla estar relacionat amb una menor cobertura de la seguretat social, tot i que el pes d'aquesta última variable està distribuït entre més d'un factor.

El fet que només dues variables estiguessin disponibles dins del sisè grup, referent a la població estrangera, ha limitat la nostra anàlisi, en què només s'ha extret un factor, què hem anomenat per tant també població estrangera, i que englobaria la població immigrant i els permisos de treball a estrangers, tots dos en termes relatius a la població.

Per altra banda, l'anàlisi factorial relativa a les variables d'educació ens permet distingir amb claredat dues dimensions: la primera, que podríem anomenar *qualitat del sistema educatiu*, engloba principalment indicadors referents a la dotació (alumnes per professor o unitat educativa) i resultats (taxa de graduació, nivell educatiu de la població); la segona, per altra banda, faria referència a l'extensió del sistema educatiu públic en cada comunitat autònoma i any. Addicionalment, l'anàlisi factorial ens permet comprovar com algunes variables tenen part de la seva variància en comú amb tots dos factors: l'analfabetisme, per exemple, està correlacionat tant amb l'extensió del sistema educatiu públic com amb la seva qualitat. Aquesta situació es repeteix amb els altres dos indicadors referents al nivell educatiu de la població: a major saturació i major importància de l'ensenyament privat, menys població amb estudis superiors.

En el cas de les variables econòmiques, es va decidir incloure en l'estudi només aquells indicadors pels quals disposàvem de la sèrie completa.¹ Així, el primer factor està relacionat amb el creixement econòmic, i inclou tant el número de vehicles i pernoctacions hoteleres (que, tal i com vam comprovar anteriorment, estaven fortament correlacionats amb el PIB per càpita), com el nivell d'inflació, en aquest cas amb signe negatiu. A continuació, la segona dimensió pot mesurar el nivell d'urbanització de cada comunitat autònoma, que és major quant més extensa és la xarxa de carretera i menor la producció energètica per habitant. Per últim, un tercer factor, de més difícil interpretació, és el relatiu als recursos naturals i riquesa, mesurat per la importància de la producció d'energia hidroelèctrica i les oficines de crèdits per cada 100.000 habitants.

A continuació, els quatre indicadors seleccionats dins de la categoria *habitatge* ens mostren l'existència d'una única dimensió, que hem anomenat *expansió del sector immobiliari*. Aquest factor engloba l'increment en el número d'habitatges construïts i les hipoteques signades per adquirir-los; que ha estat paral·lel a una disminució en els habitatges de protecció oficial construïts.

1 Si s'inclouen tots els indicadors seleccionats inicialment, l'anàlisi quedava limitada al període 1995-2005 i els resultats que s'obtenien eren poc interpretables.

Finalment, el desè i últim grup de variables pel qual hem realitzat l'anàlisi factorial és el relatiu a la seguretat i justícia. Els nostres resultats ens permeten parlar de dues dimensions pel que fa a aquests indicadors. Per un costat, trobem l'eficàcia de les polítiques de seguretat i justícia, que es mesuren mitjançant el número de detinguts i condemnats, i una menor freqüència de morts violentes. Per l'altre, el creixement de la xifra de dones mortes per agressió, que apareix a la nostra anàlisi en un factor diferent, senyala la pauta diferenciada en què ha evolucionat la violència de gènere.

En resum, comprovem com, a partir de les 99 variables seleccionades inicialment, per cadascun dels deu ítems temàtics (hem exclòs les dues variables de participació i capital social, en no estar disponibles en tot el període), hem obtingut finalment únicament 26 factors (als quals afegirem aquestes dues darreres variables, estandarditzades), que en conjunt expliquen més de dues terceres part de la seva variància total. Aquests nous indicadors, amb els que sintetitzem les principals característiques socioestructurals de les comunitats autònomes, ens serviran com a base d'estudi de les properes parts del present subprojecte, orientades a l'anàlisi comparativa i evolutiva de cadascuna d'aquestes dimensions.

3.3. Evolució de la realitat socioestructural de les comunitats autònomes

Amb les vint-i-sis dimensions que hem identificat en l'apartat anterior, podem intentar respondre diferents qüestions: a nivell agregat, com han evolucionat cadascuna d'aquestes característiques sociodemogràfiques, econòmiques i culturals? Mostren les dades l'existència de diferències substantives en les realitats socioestructurals de cada comunitat autònoma? I, en cas afirmatiu, com han evolucionat al llarg del nostre període d'estudi, de 1991 a 2005?

Una primera aproximació a aquestes preguntes ens la pot proporcionar una simple anàlisi de l'evolució de la mitjana i desviació típica dels diferents factors al llarg d'aquest període. Per definició, tots els factors tindran com a mitjana 0 i com a desviació típica 1. Però, la distribució pot no ser constant al llarg dels anys, si s'ha produït algun tipus de canvi en aquestes dimensions, tant pel que fa a la mitjana com a la desviació típica. D'aquesta manera, els indicadors obtinguts són fàcilment comparables entre si, i ens permeten identificar-hi amb claredat les desigualtats estructurals entre comunitats, així com la seva evolució al llarg del temps.

Més en concret, un valor negatiu en cadascun dels factors indicarà que en aquell any la dimensió té un valor per sota de la mitjana de tot el període, mentre que un valor positiu indicarà una millora relativa en aquesta dimensió. En el cas de les desviacions

típiques, valors propers a zero suggeriran l'absència de desigualtats significatives; mentre que valors propers o per sobre d'ú indicaran l'existència de diferències substantives entre les comunitats. Dit d'una altra manera, en cas que les desigualtats haguessin augmentat durant aquest període, hauríem de concloure que la seva tendència fos ascendent al llarg dels anys.

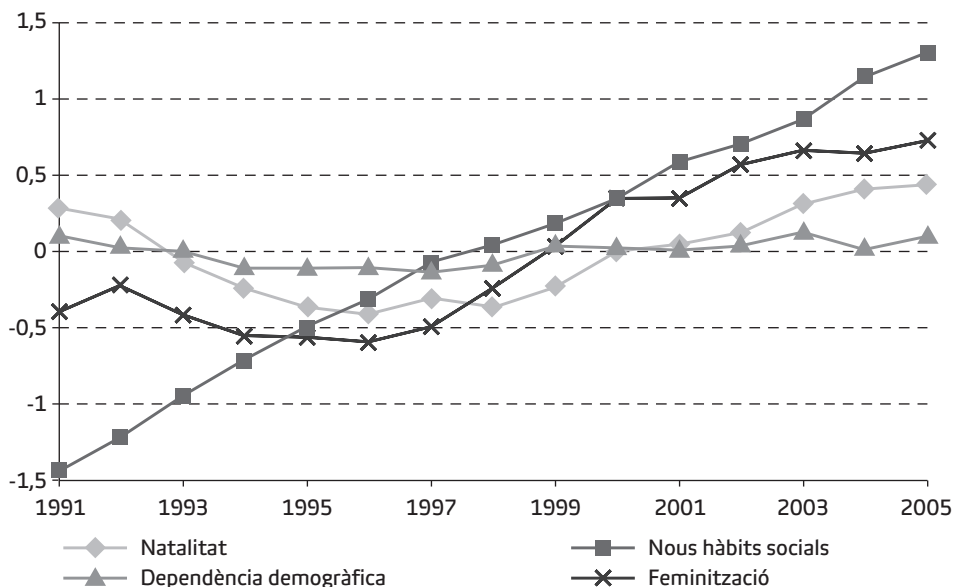
En els gràfics següents presentem els resultats, agrupats per ítems temàtics, i amb un breu comentari per a cadascun d'ells. En primer lloc, oferim l'evolució de la mitjana de cadascun dels factors, per any, i, en segon lloc, la desviació típica, de nou per factors i any.

3.3.1. Valors mitjans dels factors al llarg del període 1991-2005

Començant per les mitjanes dels factors amb què mesuràvem les característiques demogràfiques de les comunitats autònomes, una de les primeres pautes que destaquem és la tendència ascendent de l'indicador referent als nous hàbits socials, que augmenta de manera constant al llarg de tot el nostre període d'estudi. En el cas de les altres tres dimensions, la pauta no es percep de manera tan clara, però si s'aprecia un lleu estancament o, fins i tot, descens durant la dècada dels 90, amb un lleuger repunt a partir del canvi de segle, especialment en el cas de la natalitat i, encara més, al factor relatiu a la feminització dels hàbits socials.

Gràfic 3.1

Evolució de les mitjanes dels factors demogràfics

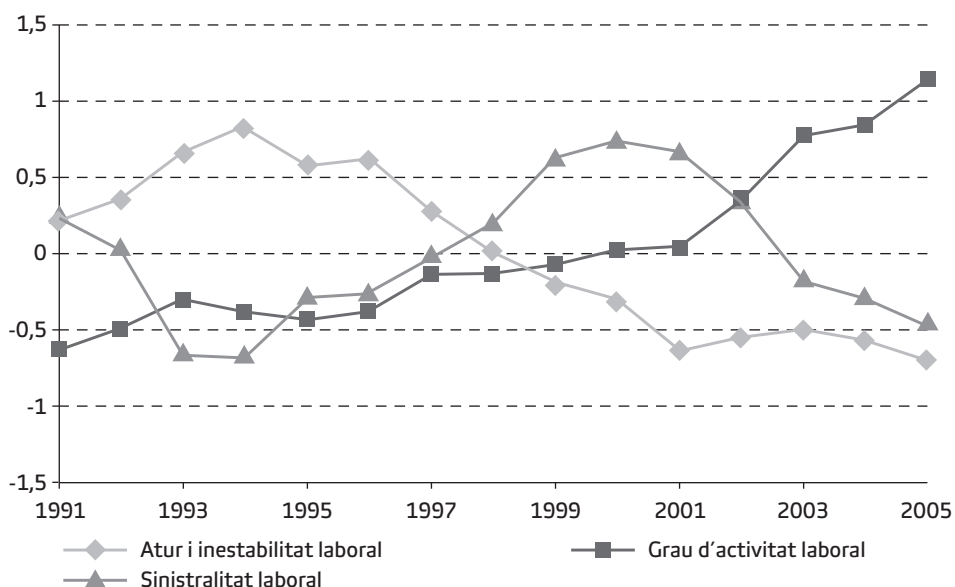


Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Les dimensions identificades dins del domini relatiu a l'ocupació mostren fluctuacions substantives durant els últims quinze anys, paral·leles a canvis en l'esfera econòmica i social. El nivell d'atur, per exemple, manifesta una tendència descendent en general, però amb dos moments de retrocés, que coincideixen amb la crisi econòmica de principis dels anys 90 i amb la de principis del nou segle. En el cas del grau d'activitat laboral, la pauta és la contrària: creixent, especialment a partir de 2001, potser com a conseqüència de l'augment de població immigrant. Finalment, la sinistralitat laboral també oscil·la de manera significativa durant el nostre període d'estudi, possiblement degut també a variables contextuais.

Gràfic 3.2

Evolució de les mitjanes dels factors d'ocupació



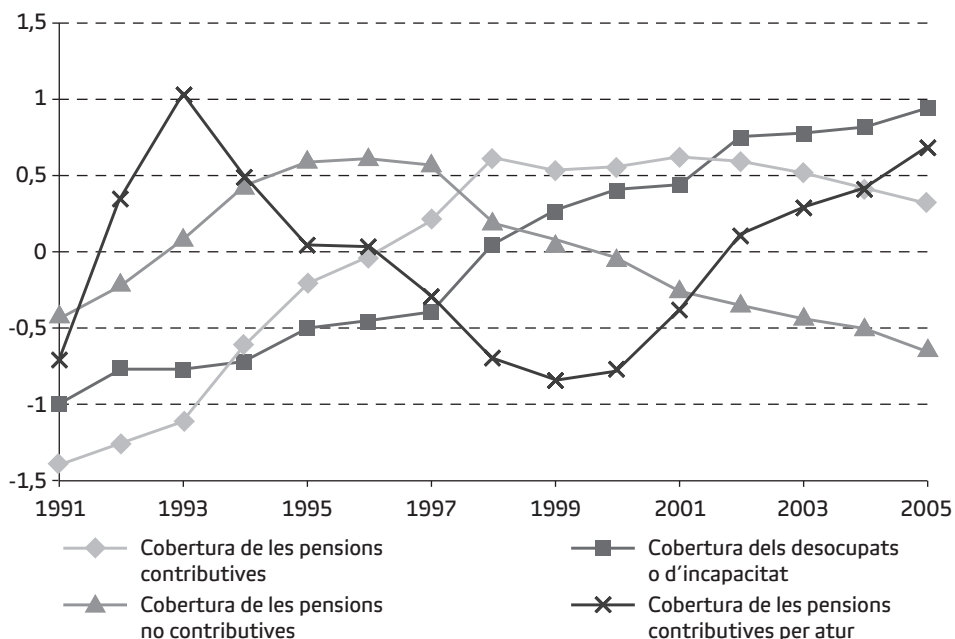
Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Les mitjanes dels factors obtinguts en el cas de la protecció social es comporten de manera irregular, amb oscil·lacions difícils de justificar des d'un punt de vista teòric. Mentre que, per un costat, la cobertura de pensions contributives i no contributives augmenta al llarg dels anys, com a resposta probablement a la creixent dependència demogràfica; la cobertura a l'atur oscil·la al llarg dels anys, potser en resposta al nivell real d'atur en l'economia; tot i que les dades no acaben de coincidir amb els resultats del gràfic anterior.

La cobertura de la seguretat social a les persones grans ha augmentat en els últims 15 anys, malgrat un cert descens a mitjans dels 90. L'atenció a aquestes persones,

Gràfic 3.3

Evolució de les mitjanes dels factors de protecció social



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

que el mesuraven com el percentatge de gent gran que no viu sola, s'ha comportat, però, en la direcció oposada: una cada cop menor proporció d'aquestes persones viuen acompanyades.

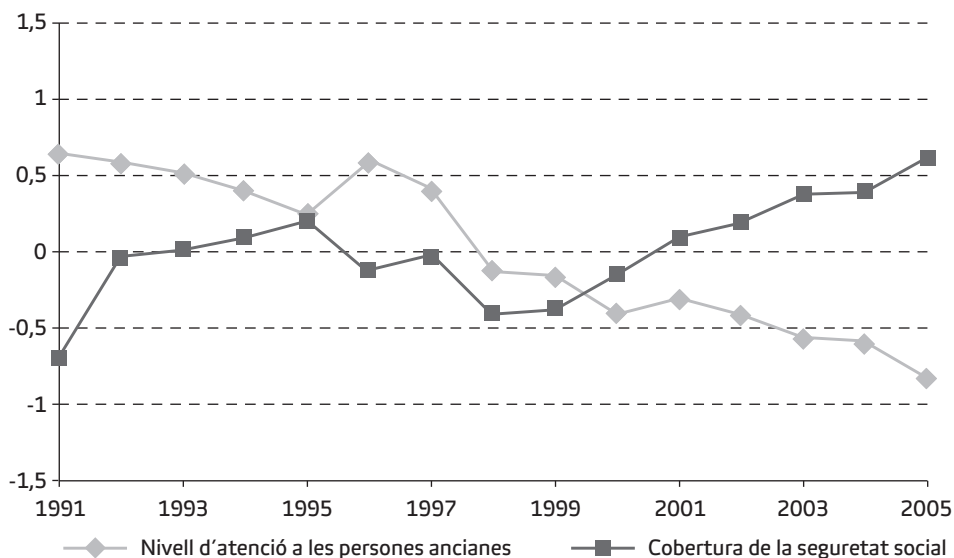
El gràfic 3.4 mostra la contradicció existent entre la qualitat dels hospitals i la qualitat del sistema sanitari en el seu conjunt: mentre que la primera ha disminuït, i força, durant aquests anys; la tendència de la segona ha estat totalment inversa. Una possible explicació seria la prioritat que s'ha donat als serveis d'atenció mèdica més propera al ciutadà, en centres d'atenció primària, que hauria anat en detriment de l'atenció en hospitals. En el cas de les altres dues variables, l'únic element significatiu és l'accentuat increment del nostre indicador de drogodependències en l'últim quinquenni d'anàlisi.

L'únic factor extret en el cas del nivell de població estrangera mostra, sense cap mena de dubte l'increment, quasi exponencial, de la immigració a Espanya. Aquesta tendència ascendent, a més, es concentra principalment en els anys al voltant del canvi de segle i en els últims dos del nostre període d'estudi.

La qualitat del sistema educatiu, d'acord a les dades de la nostra anàlisi, ha patit una notable millora durant els anys objecte del nostre estudi, amb una lleugera davallada

Gràfic 3.4

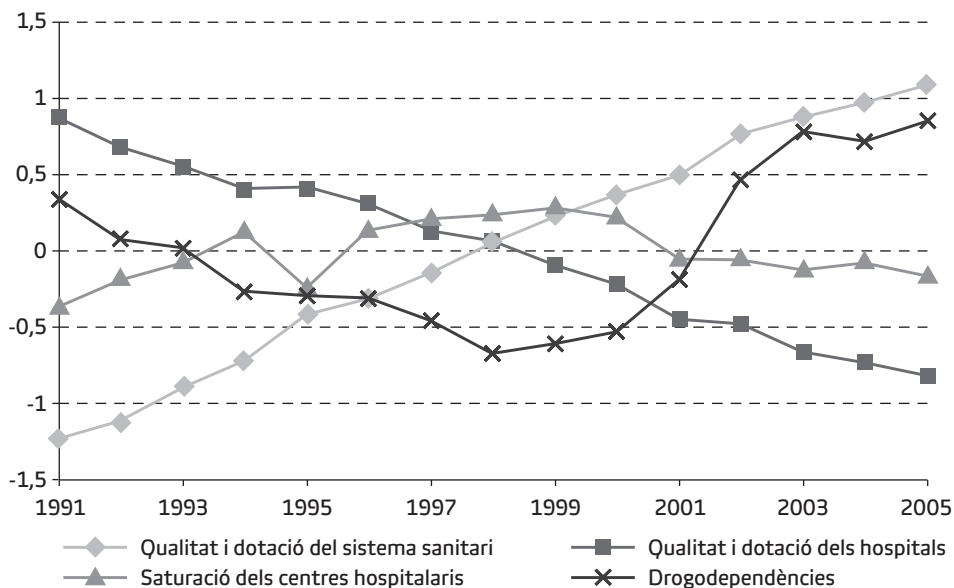
Evolució de les mitjanes dels factors relacionats amb la gent gran



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.5

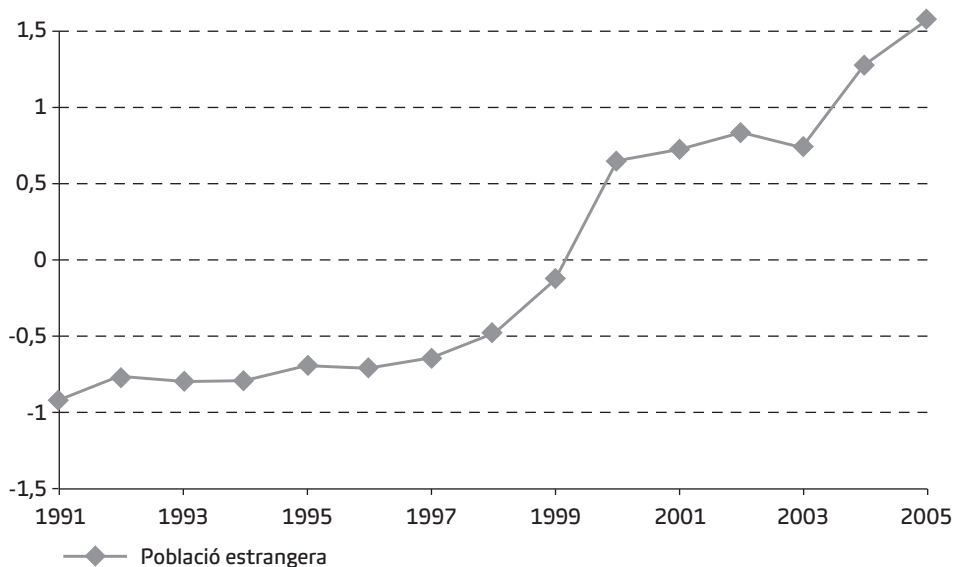
Evolució de les mitjanes dels factors de salut



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.6

Evolució de la mitjana del factor relacionat amb la població estrangera



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

a partir de 2001; però mantenint la tendència creixent. Pel que fa a la importància en termes relatius del sistema educatiu públic, pràcticament no es detecten variacions significatives, tan sols un lleu i lent increment fins a l'any 2000, amb un canvi de tendència; però de nou de poca magnitud, a partir d'aquell any.

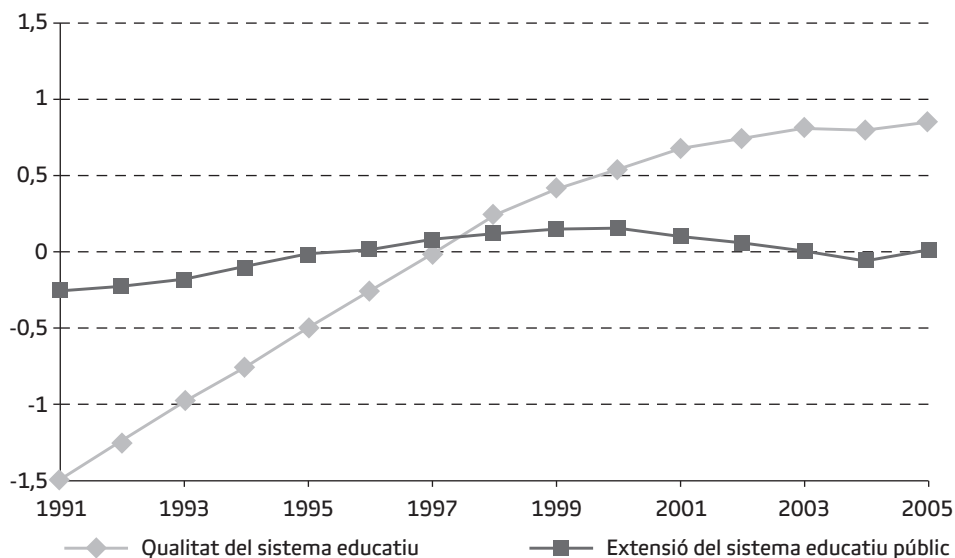
Tal i com era d'esperar d'acord a la definició dels factors, les variables amb un contingut més estructural i, per tant, més fix, no presenten notables variacions al llarg del nostre període d'estudi: tant el nivell d'urbanització mitjà com la quantitat de recursos naturals i riquesa es mantenen estables, o en tot cas amb un molt lleu increment al llarg dels anys. És en la dimensió del creixement econòmic, no obstant, on més s'aprecia l'evolució, i justament en el sentit esperat, d'acord amb allò observat a les gràfiques anteriors: després d'un cert estancament a principis dels 90, l'increment és gairebé constant fins al canvi de segle, en què es produeix un nou retrocés, superat a partir de l'any 2003.

L'evolució del factor amb què preteníem mesurar l'expansió del sector immobiliari no genera cap mena de dubte sobre l'espectacular increment de la construcció i venda de pisos durant el nostre període d'estudi; i molt especialment a partir de l'any 1999, sense que s'apreciïn signes de desgast en el seu creixement abans de 2005.

L'eficàcia de les polítiques de seguretat i justícia ha evolucionat de manera positiva, tot i que amb certes oscil·lacions, difícils de justificar, al llarg d'aquests quinze anys.

Gràfic 3.7

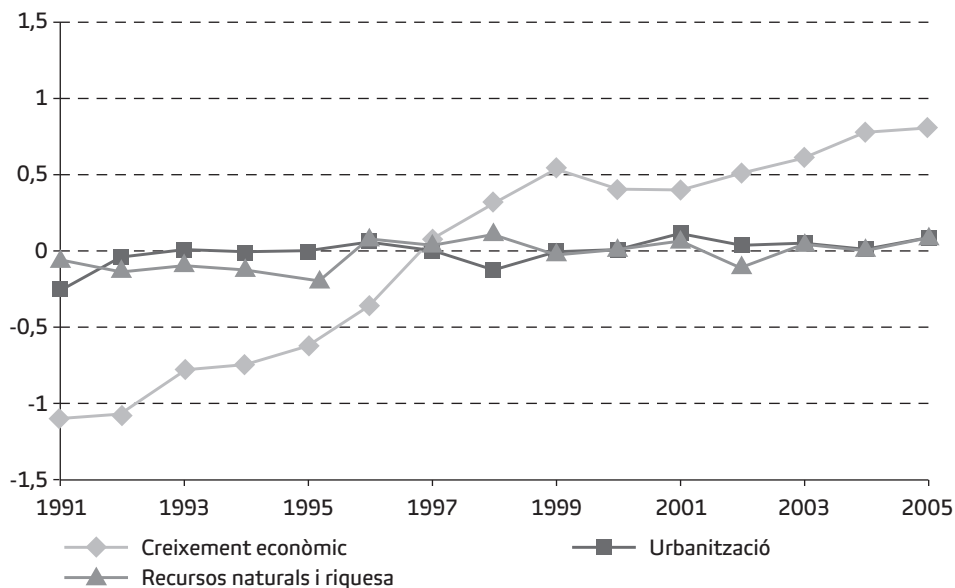
Evolució de les mitjanes dels factors educatius



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.8

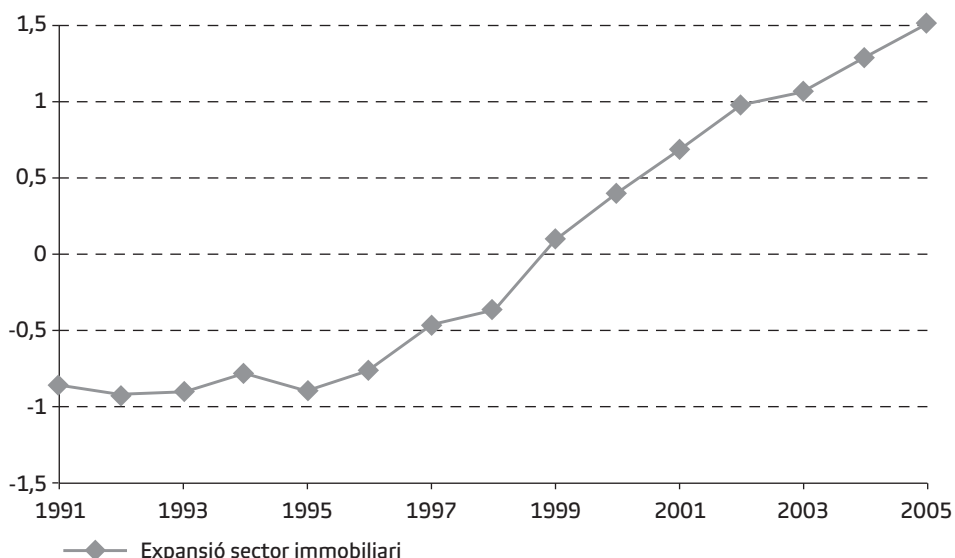
Evolució de les mitjanes dels factors econòmics



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.9

Evolució de les mitjanes dels factors d'habitatge



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

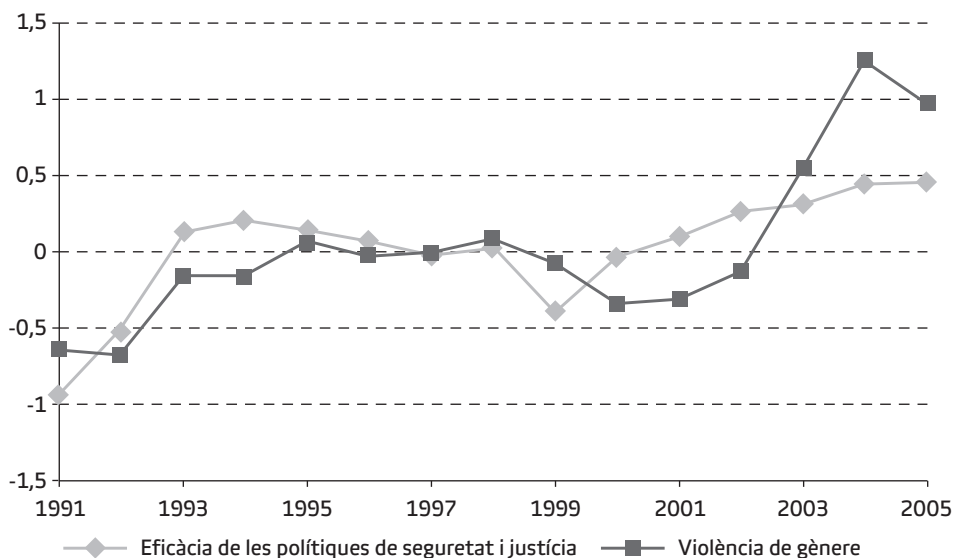
En el cas de la violència de gènere, sembla estar justificat l'increment en la centralitat d'aquest tema en els mitjans de comunicació, en observar el significatiu increment que s'aprecia en aquest factor a partir de 2003.

Finalment, en el cas de l'indicador amb què preteníem mesurar el nivell de capital social econòmic de cada comunitat autònoma, la gràfica sobre aquestes línies mostra l'accentuat increment, pràcticament exponencial, que s'aprecia en ell, especialment a partir de 1998, i que té lloc després d'un relatiu descens a mitjans dels anys 90.

En resum, els resultats mostrats en aquesta secció de la nostra anàlisi, orientada a l'estudi de l'evolució temporal de cadascun dels factors obtinguts amb anterioritat, ens permet parlar de canvis substantius al llarg dels últims 15 anys en la situació socioestructural de l'Espanya de les Comunitats. Entre aquests canvis, destaquen especialment la consolidació del que definim com "nous hàbits socials" (edat més tardana d'entrada al matrimoni i a la paternitat, reducció del nucli familiar mitjà, etc) i l'augment sostingut del grau d'activitat laboral; així com de la protecció social no contributiva i la qualitat del sistema sanitari i educatiu. A la vegada, tots ells serien possibles causes i conseqüències del creixement econòmic durant aquests anys, recolzat en un significatiu increment del sector immobiliari, especialment a partir de finals dels anys 90.

Gràfic 3.10

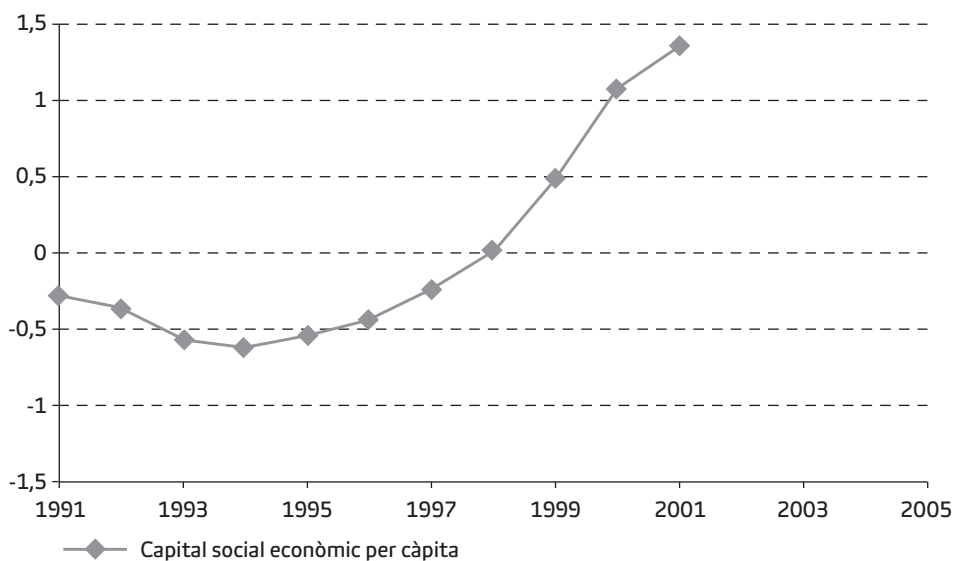
Evolució de les mitjanes dels factors de seguretat i justícia



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.11

Evolució de la mitjana estandaritzada de l'índex de capital social econòmic



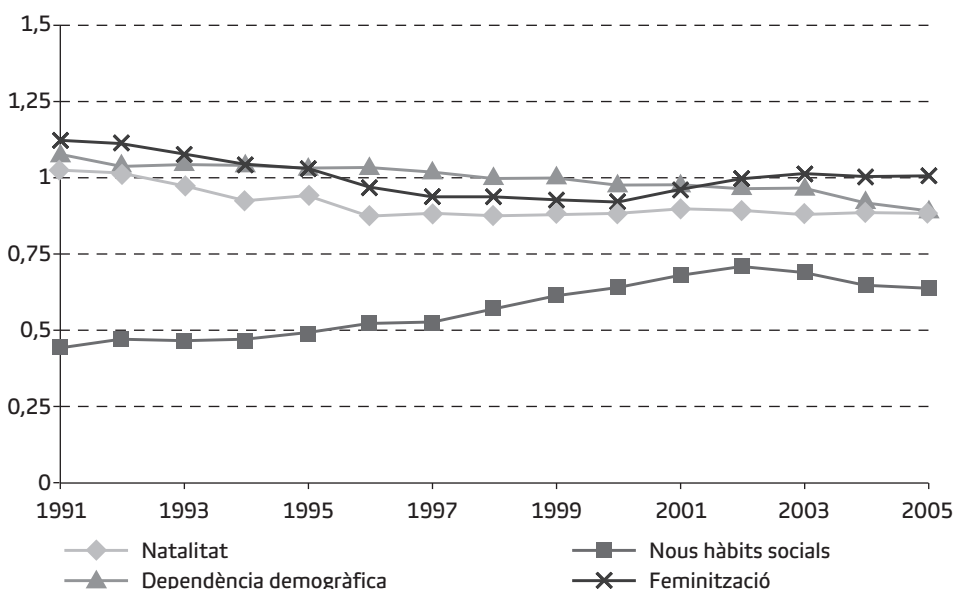
Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Però no tots els factors han augmentat de manera constant durant el nostre període d'estudi. Alguns d'ells, com el nivell d'atur i d'inestabilitat laboral, la cobertura als desocupats, les drogodependències o l'eficàcia de les polítiques de seguretat i justícia, oscil·len substancialment al llarg dels anys, en funció del context social i econòmic. Per últim, algunes de les dimensions socioestructurals que analitzàvem també mostren tendències negatives: el nivell d'atenció a les persones ancianes o la qualitat i dotació hospitalària han disminuït durant els últims anys, potser com a conseqüència de l'augment poblacional.

3.3.2. Evolució de les desigualtats entre comunitats autònomes al llarg del període 1991-2005

Gràfic 3.12

Evolució de les desviacions típiques dels factors demogràfics

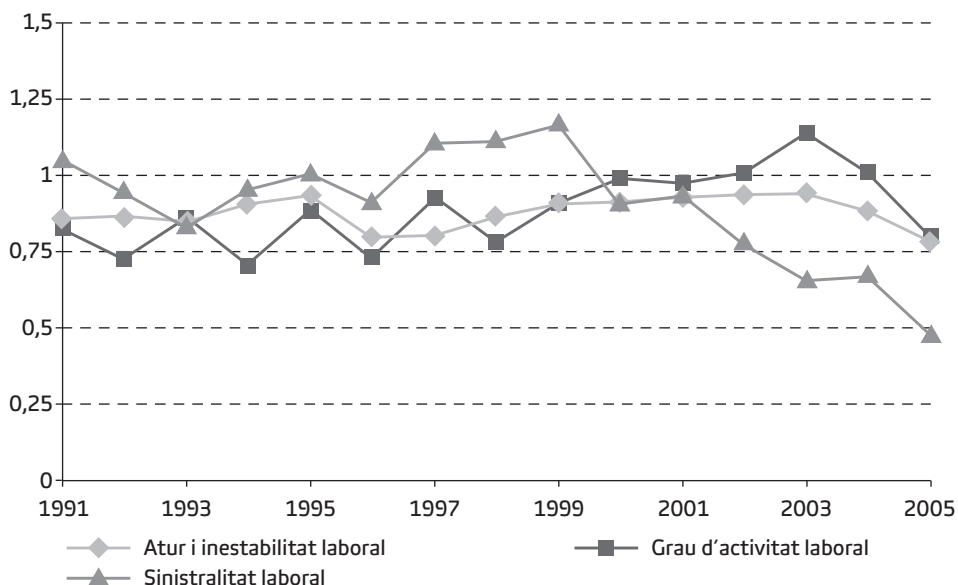


Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

El gràfic sobre aquestes línies mostra dues tendències oposades, pel que fa a l'evolució de les desigualtats en qüestions demogràfiques. Per un costat, les dimensions relacionades amb la natalitat, dependència demogràfica i feminització dels hàbits socials presenten una lleugera tendència descendent, indicant que les diferències entre comunitats han tendit a difuminar-se. Pel que fa a l'aparició i consolidació dels nous hàbits socials a què fèiem referència anteriorment; no obstant, la pauta és creixent: tot i partir d'un nivell relativament més baix, en els últims anys, principalment entre 1995 i 2003, s'observa un creixent increment de les desigualtats, tot i que sense arribar al nivell dels altres tres factors.

Gràfic 3.13

Evolució de les desviacions típiques dels factors d'ocupació



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Les transformacions pel que fa a les diferències en els factors d'ocupació no mostren cap tendència clara, excepte en el cas de la sinistralitat laboral, en què les desigualtats entre comunitats sembla que tendeixen a reduir-se, especialment a partir del canvi de segle. Així, la desviació típica dels factors relacionats amb l'activitat laboral o l'atur oscil·la any a any, malgrat una certa tendència ascendent, que s'inverteix en els últims dos anys del nostre període d'estudi.

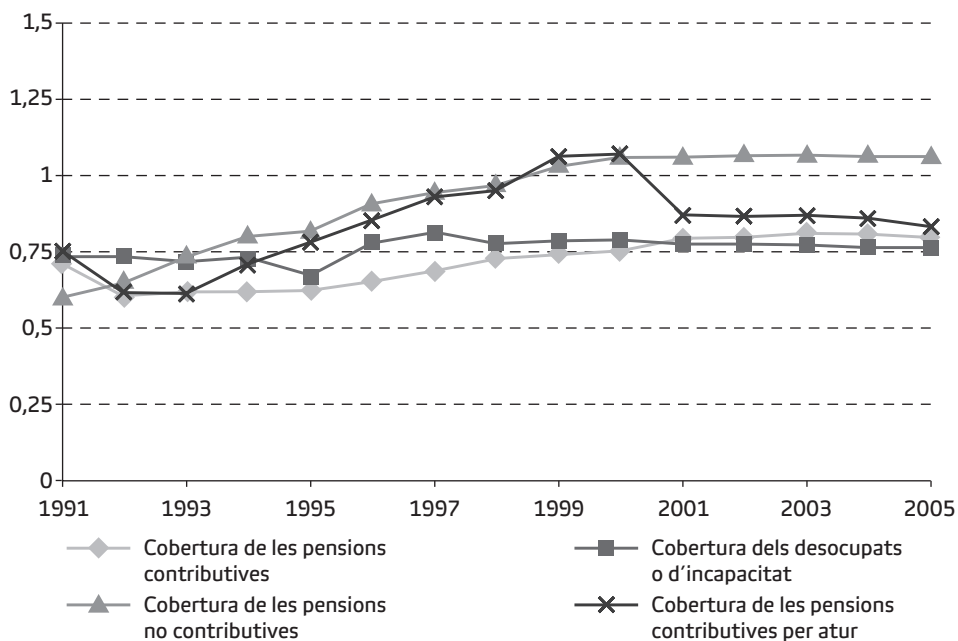
L'evolució de les desviacions típiques dels factors relacionats amb la protecció social mostra, al gràfic anterior, una lleu tendència ascendent per a tots ells: les desigualtats pel que fa a la cobertura dels diferents tipus de pensions, per tant, han tendit a augmentar, tot i que només lleugerament, al llarg dels anys 90, amb un estancament o fins i tot petit descens a partir del canvi de segle.

Pel que fa als factors relatius a la protecció de la gent gran, les pautes són relativament paral·leles: en tots dos casos s'aprecia una molt lleu tendència a l'increment en les diferències entre comunitats autònomes, dins d'aquests factors; tendència que es trenca en els últims anys del període d'estudi, amb un nou impuls a la homogeneïtzació entre elles.

L'evolució de les desviacions típiques de les dimensions que sintetitzen els indicadors de salut, mostren la relativa estabilitat present en les diferències entre comu-

Gràfic 3.14

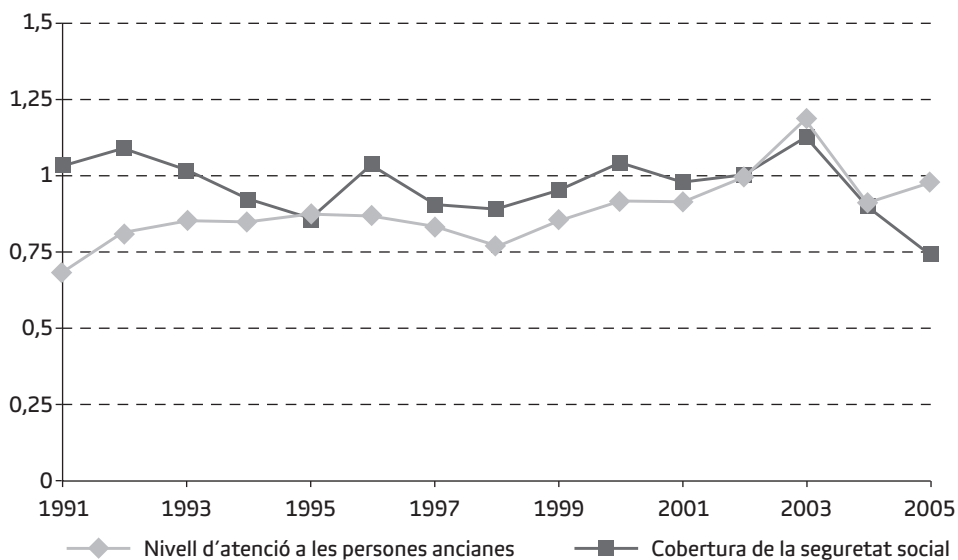
Evolució de les desviacions típiques dels factors de protecció social



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.15

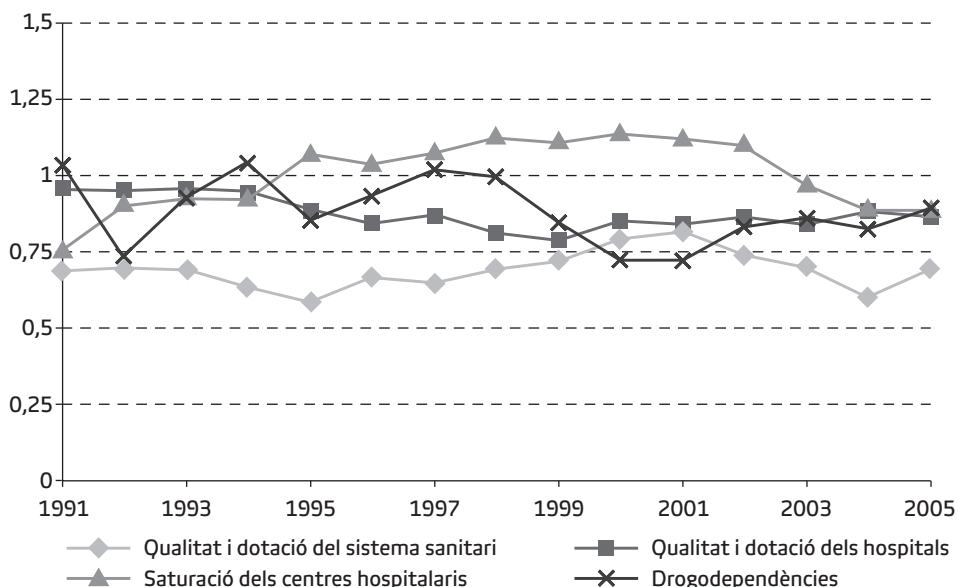
Evolució de les desviacions típiques dels factors relacionats amb la gent gran



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.16

Evolució de les desviacions típiques dels factors de salut



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

nitats autònomes, dins d'aquest domini. Tot i que aquestes diferències varien lleugerament al llarg dels anys, per exemple, amb una tendència ascendent en el cas de les drogodependències, en general la pauta és de poc canvi durant el període 1991-2005.

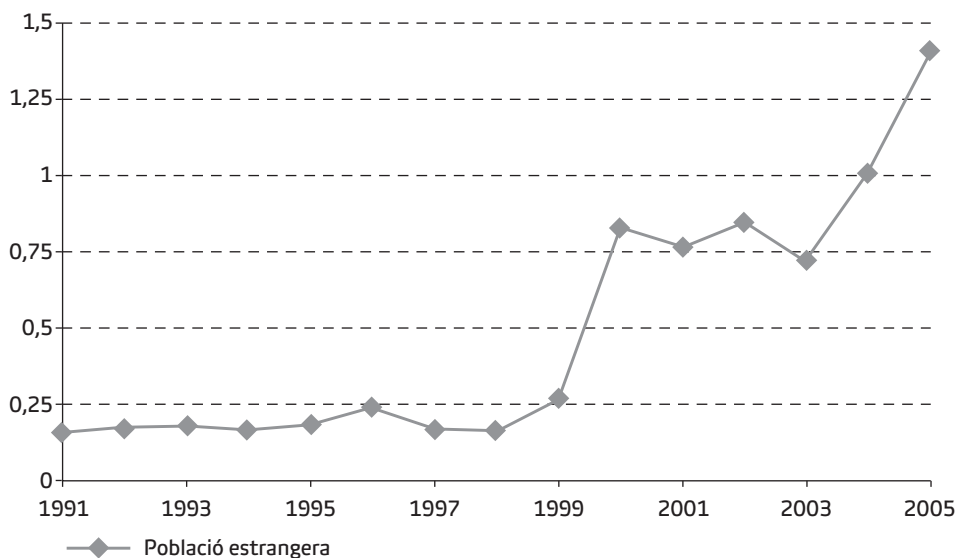
Les diferències entre comunitats autònomes pel que fa a la importància en termes relatius de la població estrangera sobre la població total són, a la vista del gràfic, escasses fins a finals dels anys 90, moment a partir del qual mostren un increment espectacular. Aquest creixement es manté excepte en el període 2000-2003 en què les diferències resten relativament estables.

De nou en aquest cas, pel que fa a les variables d'educació, comprovem com les desigualtats existents en la qualitat del sistema educatiu i l'extensió del sistema educatiu públic no varien de manera significativa al llarg del nostre període d'estudi. L'única variació que s'observa és un lleu increment de les diferències pel que fa al primer dels factors.

Al contrari dels anteriors gràfics, en què de manera general resultava complex observar les tendències evolutives de les desigualtats entre comunitats autònomes, és en la dimensió econòmica on més s'aprecia el procés d'homogeneització de l'Espanya de les Comunitats. Tant pel que fa al creixement econòmic, com a la urbanit-

Gràfic 3.17

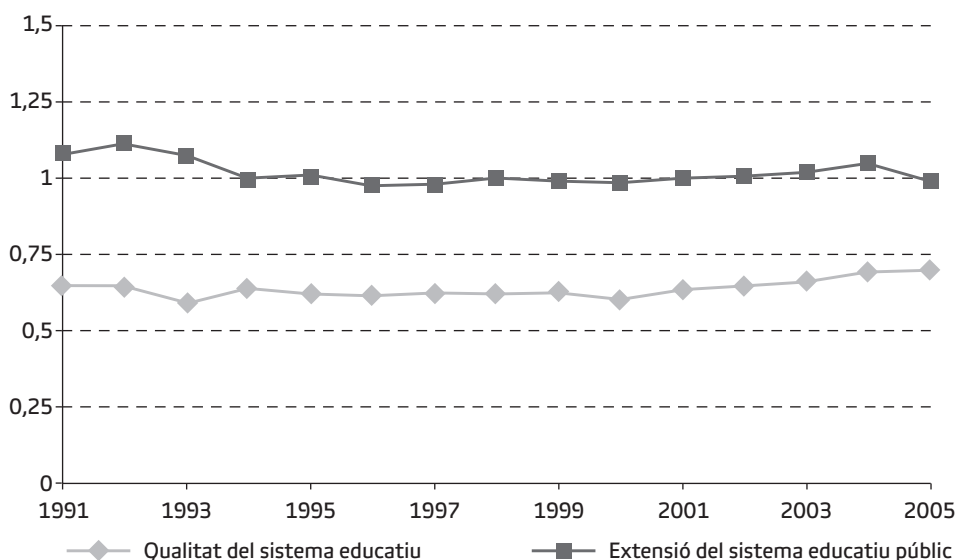
Evolució de la desviació típica del factor relacionat amb la població estrangera



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2 (reestimat sense realitzar les transformacions logarítmiques de les dues variables).

Gràfic 3.18

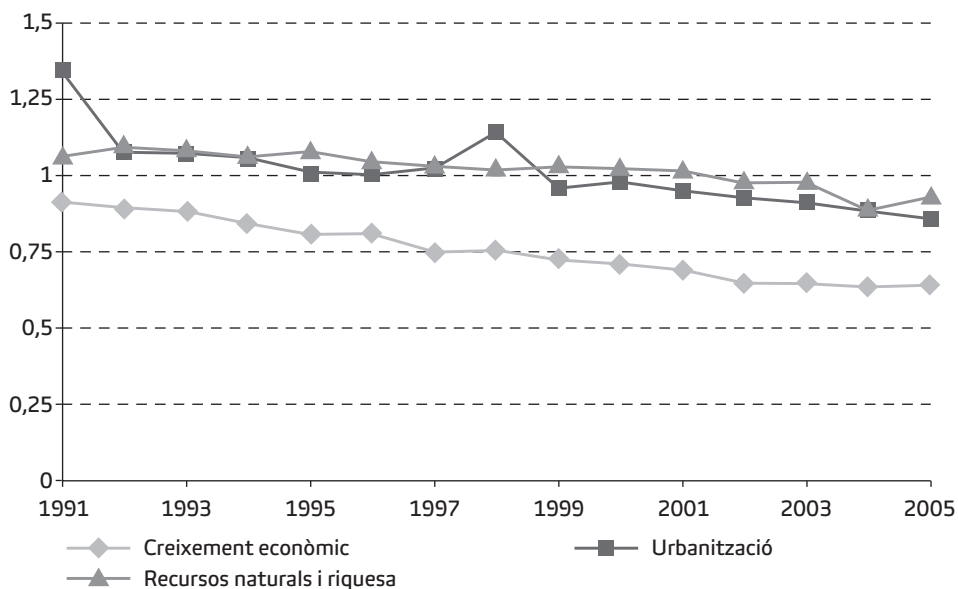
Evolució de les desviacions típiques dels factors educatius



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.19

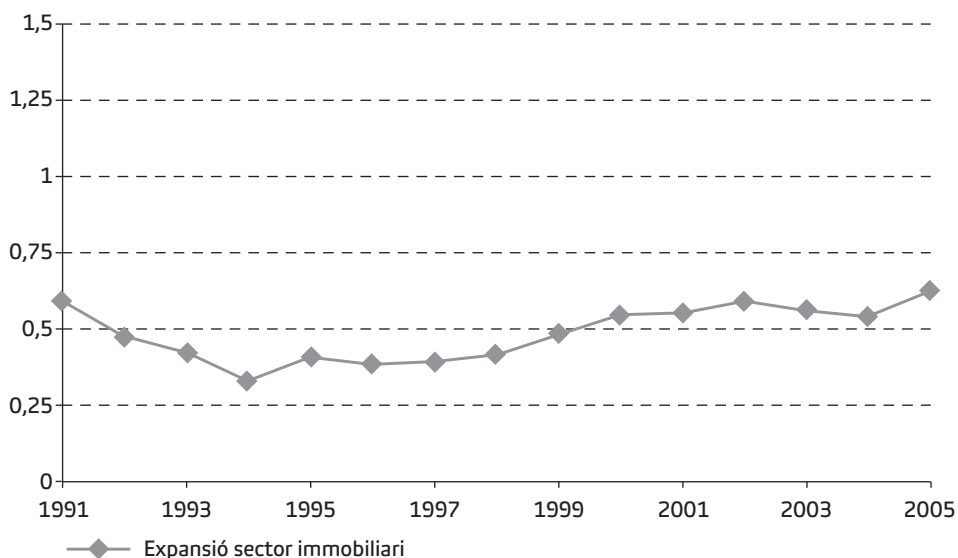
Evolució de les desviacions típiques dels factors econòmics



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.20

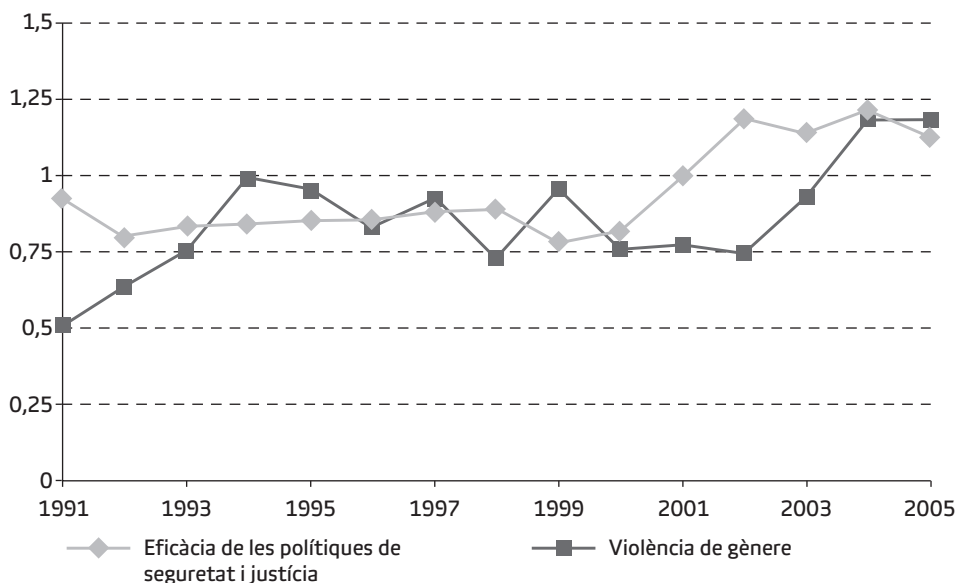
Evolució de les desviacions típiques dels factors d'habitatge



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

Gràfic 3.21

Evolució de les desviacions típiques dels factors de seguretat i justícia



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

zació i el nivell de recursos naturals, la pauta és la mateixa: durant els quinze anys seleccionats, les diferències entre comunitats han tendit a reduir-se, i de manera substancial.

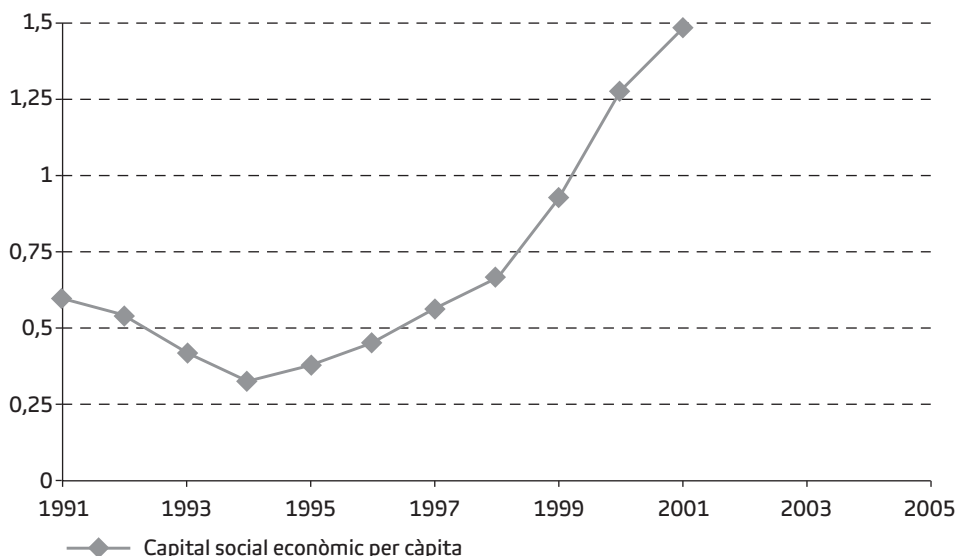
L'evolució de la desviació típica pel que fa a la importància i expansió del sector immobiliari mostra tres fases clares: la primera, a principis dels anys 90, de reducció de les diferències entre comunitats; la segona, a mitjans i finals d'aquesta dècada, amb una relativa estabilitat; i la tercera, amb el canvi de segle, en què s'aprecia un nou increment en aquest sentit, suggerint que aquest procés d'expansió immobiliària ha tingut més força en algunes comunitats que en d'altres.

En el cas dels dos factors que explicaven la variància dels indicadors relatius a les polítiques de seguretat i justícia, l'evolució de la seva desviació típica ens mostra, tot i que amb certes oscil·lacions, una tendència creixent en les desigualtats entre comunitats, molt especialment a partir de l'any 2000.

D'acord amb les dades mostrades al gràfic sobre aquestes línies, l'evolució en els nivells de capital social econòmic que, com ja vam comprovar, era pràcticament exponencial a partir dels mitjans dels 90, s'ha produït principalment com a resultat d'un fort increment en algunes comunitats. Així ho indica l'evolució de la desviació típica amb un més que significatiu ascens en aquest mateix període.

Gràfic 3.22

Evolució de la desviació típica de l'índex de capital social econòmic



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

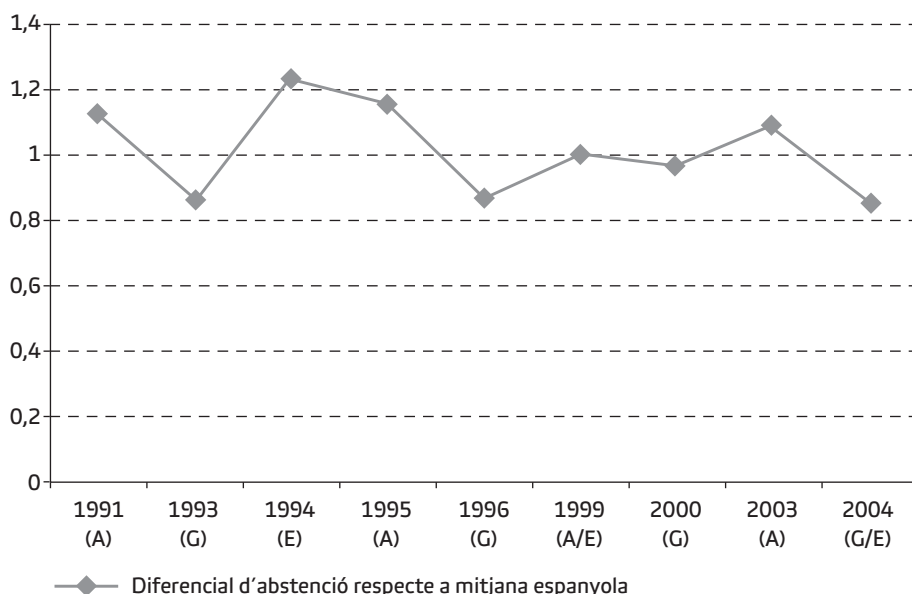
Finalment, respecte a l'evolució en les desigualtats pel que fa als nivells de abstencionisme de cada comunitat, podem comprovar, en primer lloc, com aquestes es veuen influïdes pel tipus d'elecció (tendeixen a ser menor a les eleccions generals i europees que a les eleccions autonòmiques); i, en segon lloc, com la tendència és lleugerament decreixent, indicant així que les pautes d'abstencionisme diferencial tendeixen a difuminar-se al llarg del nostre període d'estudi.

En resum, malgrat els canvis substantius en l'evolució de cadascun dels nostres factors, en el cas de les desigualtats entre comunitats en aquestes mateixes dimensions, que mesurem mitjançant la desviació típica per cada any, les dades no mostren transformacions profundes en la seva distribució durant els últims quinze anys. És cert, però, que en alguns d'ells sí s'aprecia una lleu tendència ascendent en les diferències entre comunitats. Seria el cas dels nous hàbits socials, el grau d'activitat laboral, la cobertura assistencial a la desocupació i incapacitat, el nivell d'atenció a les persones ancianes, la qualitat del sistema educatiu, l'expansió del sector immobiliari, el capital social econòmic i les variables relatives a seguretat i justícia.

Una tendència inversa s'apreciaria, i de manera molt significativa, en el cas de les desigualtats entre comunitats en termes econòmics, que s'han reduït substancialment en els últims 15 anys. D'igual manera, però amb una magnitud més reduïda, els nostres resultats indiquen també una disminució en les desigualtats pel que fa a la natalitat, la dependència demogràfica o la sinistralitat laboral.

Gràfic 3.23

Evolució de la desviació típica del diferencial d'abstenció respecte a la mitjana espanyola



Font: elaboració pròpia a partir de l'anàlisi factorial realitzada a l'epígraf 2.

3.4. Anàlisi a nivell comparat entre comunitats autònomes

Una qüestió addicional que podem avaluar amb aquestes dades és la referent a si les diferències relatives entre comunitats són estables per totes les dimensions; és a dir, si les regions amb una menor qualitat del sistema educatiu, per exemple, són també les que tenen una pitjor dotació hospitalària. En aquesta secció, per tractar de respondre a aquesta qüestió, presentarem la puntuació mitjana de cada comunitat en cadascun dels 28 factors extrets a la nostra anàlisi estadística prèvia. Per facilitar-ne la interpretació, ordenarem els resultats per factors, en primer lloc, amb la finalitat d'observar quines comunitats obtenen una major puntuació en cadascun d'ells; i, en segon lloc, per comunitats, la qual cosa ens permetrà comprovar si, dins d'una mateixa comunitat, s'observen pautes semblants pel que fa a les diferents dimensions.

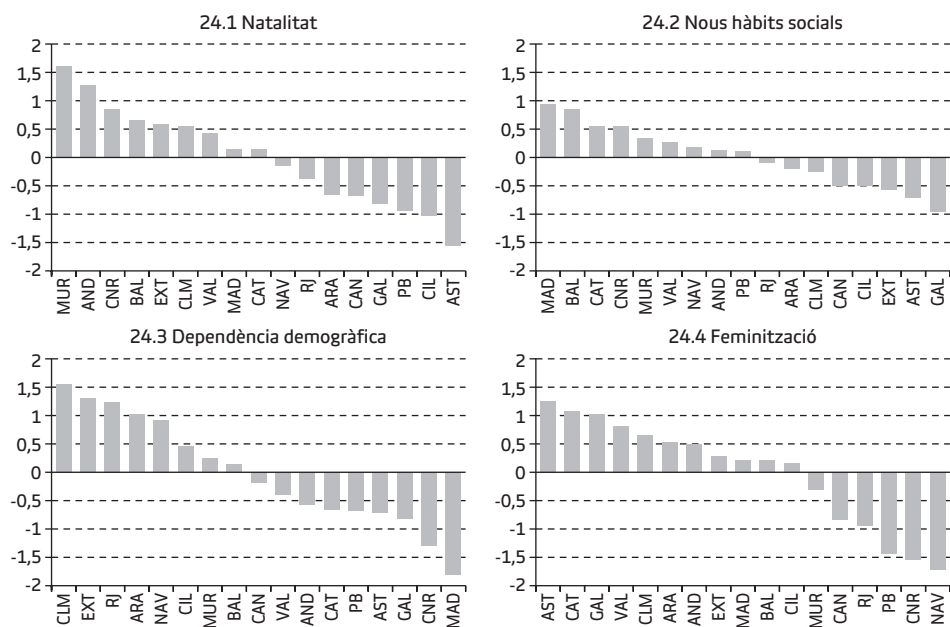
Per la interpretació dels gràfics i de les taules hem de tenir en compte dues observacions. En primer lloc, donat que tots els factors tenen mitjana zero i desviació típica ú, els valors positius (negatius) indicaran que aquesta comunitat es troba per sobre

(sota) de la mitjana estatal en aquell factor. En segon lloc, hem de tenir present que no tots els factors estan definits en la mateixa direcció (la dimensió d'ocupació, per exemple, està correlacionada negativament amb la dimensió d'atur), o que el fet d'obtenir una puntuació més elevada en alguns d'ells (com per exemple, el de natalitat) no ha de ser interpretat com un avantatge o desavantatge en la realitat socio-estructural de cada comunitat. És precisament aquest motiu el que ha limitat la possibilitat de sintetitzar, mitjançant mitjanes o algun altre tipus d'anàlisi estadística, la posició relativa de cada comunitat autònoma dins del total d'elles.

3.4.1 Anàlisi comparada per factors: diferències entre comunitats autònomes

Gràfic 3.24

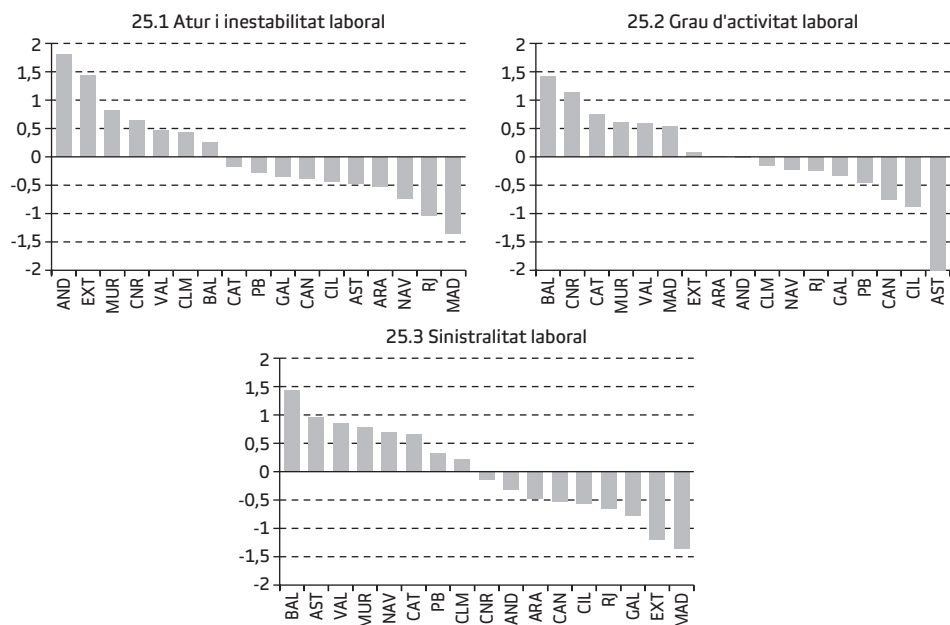
Mitjanes dels factors demogràfics (per CA)



L'estudi de les posicions relatives de cada comunitat en aquest primer bloc de factors no ens permet parlar de patrons coherents en la seva distribució. En part, és cert que podem distingir dos grups extrems de comunitats, el primer (format per Andalusia, Canàries, Extremadura, Castella-la Manxa...) amb una tendència a tenir un nivell més elevat de natalitat i dependència demogràfica; i menor transformació i feminització dels hàbits socials; i el segon (en el que trobaríem Catalunya, Madrid, Balears i Comunitat Valenciana), amb les tendències contràries. No obstant, aquestes tendències, com podem apreciar, estan difuminades per l'existència de moltes excepcions.

Gràfic 3.25

Mitjanes dels factors d'ocupació (per CA)



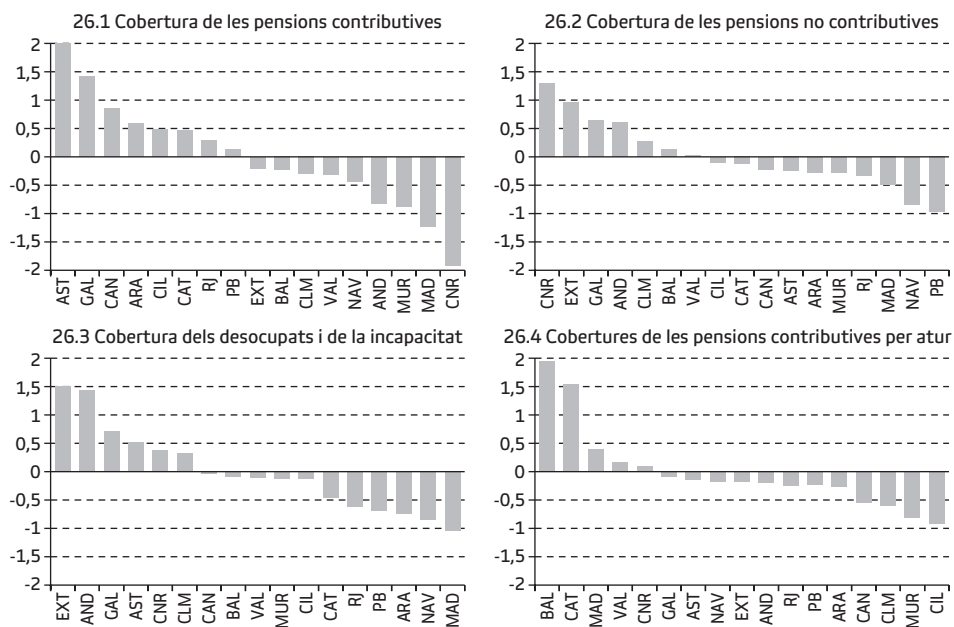
En aquest segon cas, de nou les posicions de cada comunitat per cada factor no tendeixen a correspondre's. Així, aquelles amb uns nivells més extrems d'atur i inestabilitat laboral, com Andalusia i Extremadura (en l'extrem superior), i La Rioja i Madrid (en l'extrem inferior), es troben a la mitjana del factor relatiu a l'activitat laboral, en què són Balears, Canàries, Catalunya, Múrcia i Comunitat Valenciana les comunitats amb una puntuació més alta. Si s'aprecia, no obstant, una certa coherència entre el segon i tercer factor: les comunitats amb un nivell més elevat d'activitat laboral, a les que acabem de fer referència, tendeixen a patir una major sinistralitat laboral.

Els nivells de protecció social, que mesuràvem mitjançant la cobertura dels diferents tipus de prestacions socials, tendeix a ser més elevat en comunitats com Astúries, Galícia, Extremadura, Catalunya o Andalusia; tal i com observem en els gràfics sobre aquestes línies. En l'altre extrem, són el País Basc, Navarra, Múrcia i Madrid les que presenten unes puntuacions menors. Tot i que amb excepcions, es pot apreciar també que l'extensió de la protecció social en cada factor tendeix a ser semblant en cada comunitat.

Algunes comunitats, com Cantàbria o el País Basc, apareixen amb un valor semblant pel que fa als dos factors que extrèiem en el cas de la dimensió relacionada amb la gent gran. No obstant, en general, la tendència és que aquelles regions amb un nivell d'atenció alt (com Galícia, Navarra i Canàries) tinguin una cobertura menor per a

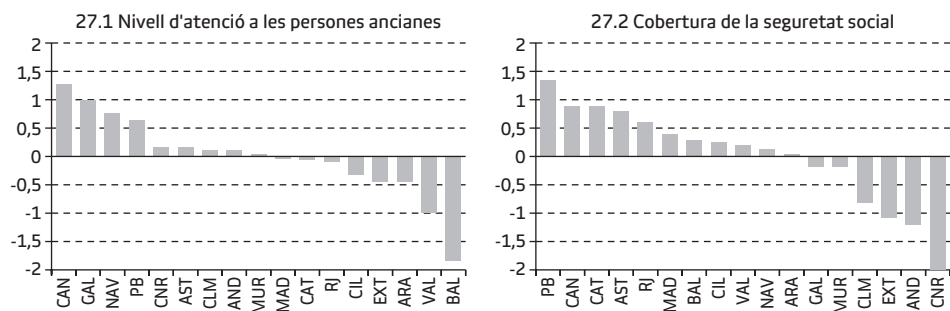
Gràfic 3.26

Mitjanes dels factors de protecció social (per CA)



Gràfic 3.27

Mitjanes dels factors relacionats amb la gent gran (per CA)

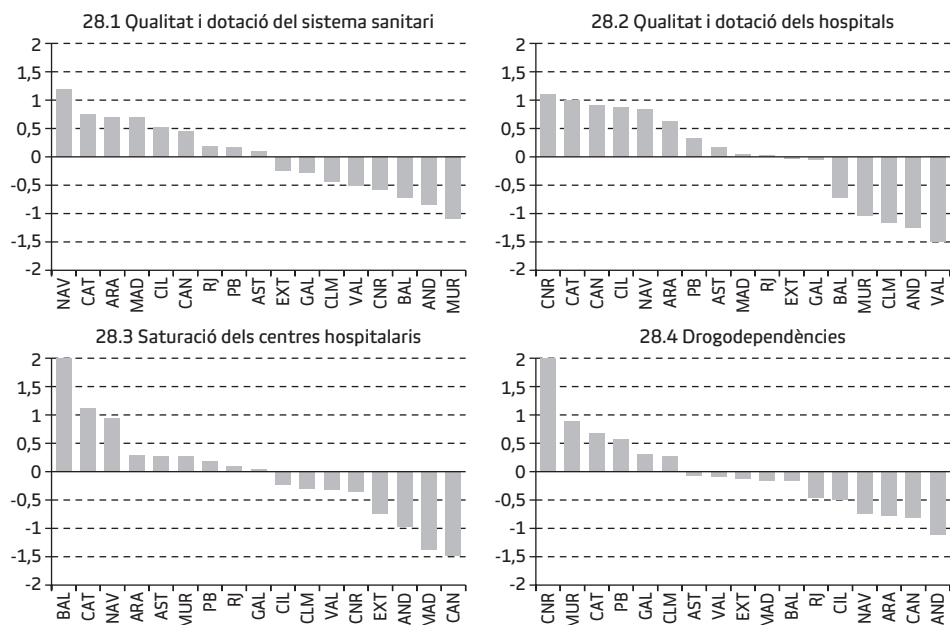


aquest col·lectiu; i viceversa, com seria el cas de Balears, Comunitat Valenciana, Catalunya, La Rioja o Aragó. Aquestes diferències es justifiquen en el fet que, allà on les persones ancianes reben menor protecció per part de l'Estat, més necessària és l'atenció provinent de la seva família.

La primera conclusió, a la vista de les dades d'aquests últims quatre gràfics, és la notable correlació entre les puntuacions en els dos factors relacionats amb el sistema sanitari. Aquesta relació ens permet diferenciar amb claredat dos grups de comu-

Gràfic 3.28

Mitjanes dels factors de salut (per CA)



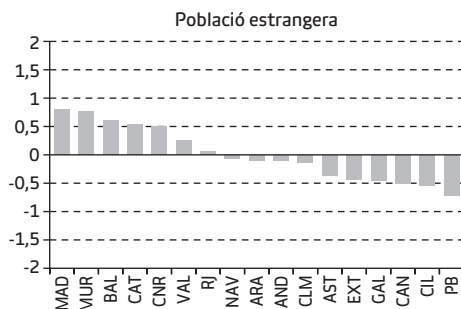
nitats, d'acord a la qualitat del seu sistema de salut: per un costat, trobaríem Catalunya, Navarra, País Basc, Cantàbria i Castella i Lleó; i, per l'altre, Andalusia, Comunitat Valenciana, Múrcia o Castella-la Manxa. Pel que fa a les altres dues dimensions, destaquen, en primer lloc, les altes puntuacions de Balears, Catalunya i Navarra en el factor relatiu a la saturació dels centres hospitalaris; i, en segon lloc, la més que significativa desviació del cas de Canàries respecte a la mitjana de la resta de comunitats, dins de la dimensió que anomenàvem "drogodependències".

Les puntuacions de les diferents comunitats autònomes al factor relatiu a la població estrangera ens mostra que, en termes relatius, l'increment dels fluxos migratoris s'ha traslladat en canvis, en la proporció de població estrangera, relativament homogenis entre comunitats. Tot i així, al gràfic sobre aquestes línies observem com, per un costat, són Madrid, Múrcia, Balears, Catalunya i Canàries, les comunitats que reben una major població estrangera; al contrari que el País Basc, Castella i Lleó, Cantàbria, Galícia o Extremadura.

Les posicions relatives de cada comunitat autònoma en els factors educatius ens mostra patrons certament interessants. En primer lloc, s'observa com aquelles comunitats en què l'educació pública té una major importància tendeixen a presentar un major nivell de qualitat en els seus sistemes educatius. L'excepció a aquesta pauta la formen els casos de Balears i Catalunya, en què aquest valor és elevat, malgrat

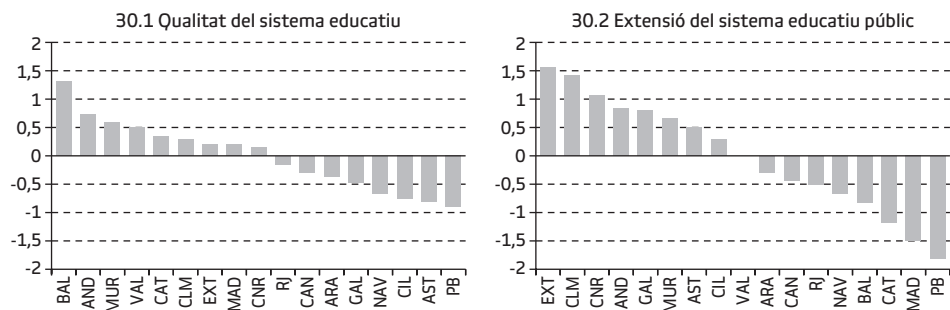
Gràfic 3.29

Mitjanes dels factors relacionats amb la població estrangera (per CA)



Gràfic 3.30

Mitjanes dels factors d'educació (per CA)



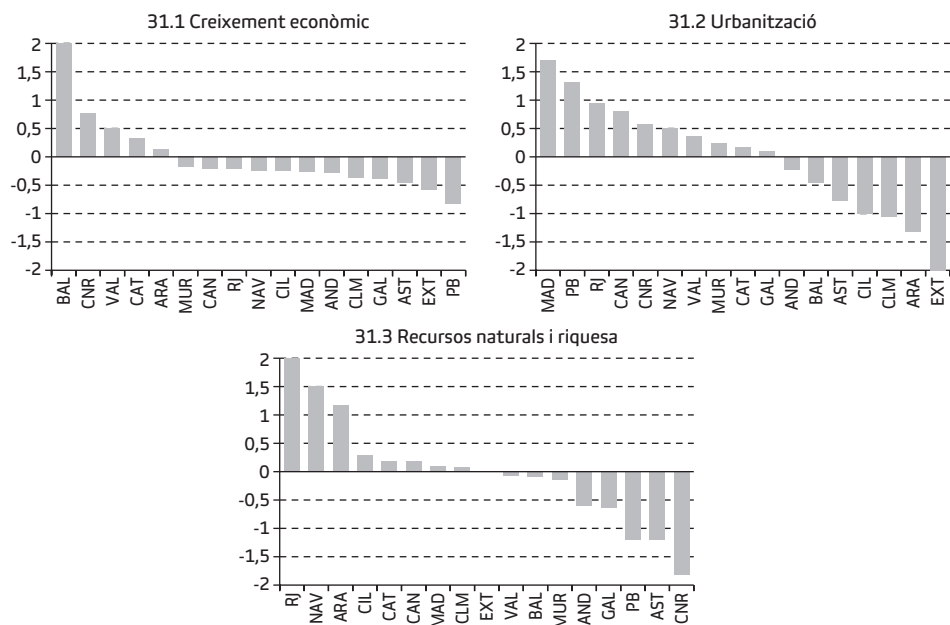
ser dues comunitats on l'educació concertada i privada té, a la vista de les dades, una importància relativa més elevada. Finalment, resulta significatiu el cas del País Basc, que presenta valors substancialment reduïts en tots dos factors.

Pel que fa a les variables de tipus econòmic, de les quals les seves puntuacions presentem en els gràfics anteriors, és en el cas del creixement econòmic on s'aprecia una tendència més singular: les dades mostren que, a excepció de Balears, aquest creixement és relativament homogeni per a totes les comunitats, sense apreciar-se importants diferències. És en els nivells d'urbanització i de recursos naturals i riquesa on s'aprecien amb més claredat les diferències en les realitats socioestructurals de cada comunitat: així, trobem com Madrid, La Rioja o Navarra són aquelles en què, en termes relatius, aquests factors són majors; en contra d'altres, com Extremadura, Astúries, Galícia o Andalusia.

L'expansió del sector immobiliari, de manera semblant a com succeïa en factors com el relatiu a la població estrangera o el creixement econòmic, ha estat un fenomen

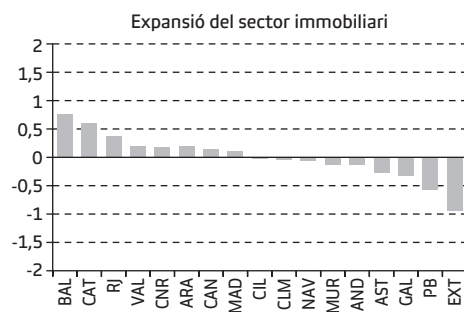
Gràfic 3.31

Mitjanes dels factors econòmics (per CA)



Gràfic 3.32

Mitjanes dels factors d'habitatge (per CA)

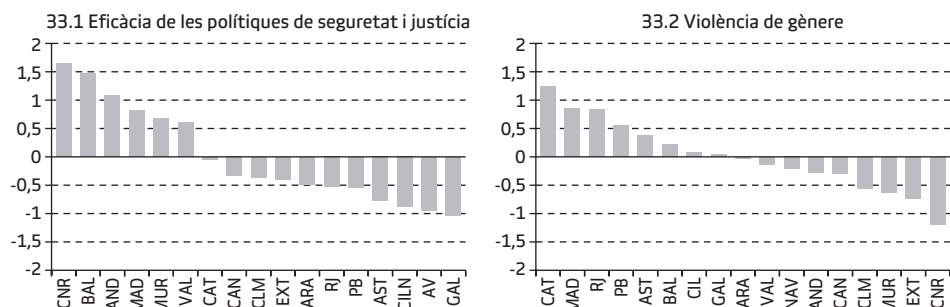


relativament homogeni a totes les comunitats, si s'ha de jutjar per les relativament lleus diferències entre elles. Tot i això, sí observem com algunes comunitats presenten unes puntuacions més elevades que d'altres: així, sembla que aquest procés d'increment en la construcció i venda d'habitatge privat ha tingut més força a Balears i Catalunya que a Extremadura, el País Basc o Galícia.

L'eficàcia de les polítiques de seguretat i justícia i la violència de gènere mostren, a la vista dels gràfics anteriors, pautes clarament poc relacionades entre les comunitats.

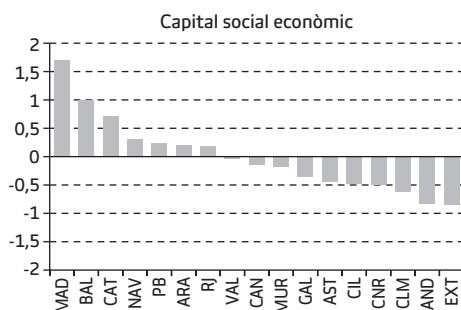
Gràfic 3.33

Mitjanes dels factors de seguretat i justícia (per CA)



Gràfic 3.34

Mitjanes de l'índex de capital social (per CA)



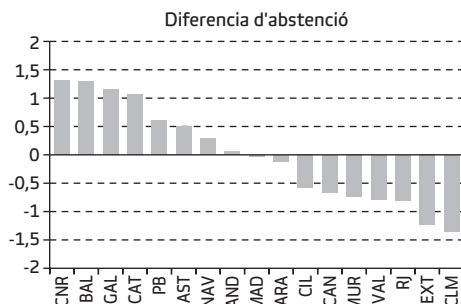
Així, mentre que en el primer dels factors són Canàries, Balears, Andalusia, Madrid, Múrcia i Comunitat Valenciana les regions en què el número de detinguts i condemnats són superiors; en el segon factor, trobem pel contrari a Catalunya, amb un valor significativament elevat respecte a la resta, seguida de Madrid, La Rioja, País Basc i Astúries.

D'acord a la distribució territorial del capital social econòmic, en termes relatius a la població, sembla que és a les comunitats més riques (Madrid, Balears, Catalunya, Navarra i País Basc) on s'observen valors més alts. Extremadura, Andalusia, Castella-la Manxa i Canàries són, per aquest ordre, les regions amb una menor puntuació en aquest factor.

Finalment, sembla que és als arxipèlags, a Galícia, Catalunya i País Basc on s'aprecien uns nivells d'abstencionisme superiors dins de la mitjana de tot l'Estat. Castella-la Manxa, Extremadura, La Rioja i Comunitat Valenciana són, per l'altre costat, les comunitats amb unes taxes mitjanes de participació a les eleccions més elevades.

Gràfic 3.35

Mitjanes del diferencial estandarditzat d'abstenció (per CA)



3.4.2. Anàlisi comparada per comunitats autònomes: diferències entre factors

Les dades que hem presentat a l'anterior secció ens permeten parlar de diferències substantives entre comunitats autònomes, pel que fa als factors que vam identificar com rellevants a l'hora de caracteritzar la seva realitat socioestructural. Però, són aquestes diferències similars per a cadascuna d'aquestes dimensions? En altres paraules, fins a quin punt podem parlar de desigualtats estructurals entre comunitats autònomes, que fan que unes obtinguin puntuacions elevades en tots els factors; mentre que d'altres estiguin posicionades de manera reiterada en els valors més baixos d'aquestes mateixes dimensions?

Per respondre a aquesta pregunta, a continuació presentem les mateixes dades que ja vam oferir a la secció anterior, però en aquest cas reordenant-les per comunitat autònoma. D'aquesta manera, les taules següents ens mostraran fins a quin punt la realitat socioestructural de cada regió és unidimensional o si, pel contrari, hem de parlar de diferents dimensions en què cadascuna d'elles se situaria en una posició relativa diferent dins del conjunt de les comunitats.

A efectes de fer més visual la interpretació de la posició relativa de cada comunitat dins del total de totes elles, a les següents taules ordenem les diferents autonomies segons les seves puntuacions mitjanes, creant una mena de "rànkings" per comunitats i factors, des de l'1 (la puntuació més alta) al 17 (puntuació més baixa). Per facilitar el seu estudi, hem ombrejat amb color verd les primeres cinc posicions, i amb color vermell les cinc darreres.

Tot i a costa de perdre precisió a l'hora de representar les diferències entre autonomies, aquesta representació de les dades resulta particularment adequada per identificar les desigualtats presents entre elles, de manera que puguem comprovar si aquelles regions amb una puntuació més elevada en un factor concret, tendeixen a

puntuar alt també en altres. A l'annex 4 d'aquest subprojecte presentem una sèrie de gràfics on representem les puntuacions mitjanes per comunitats en valors absoluts, complementant així la informació oferidaa dins d'aquesta secció.

Taula 3.2
Posició relativa mitjana de cada comunitat en els factors de demografia

	Natalitat	Nous hàbits socials	Dependència demogràfica	Feminització
Andalusia	2	16	12	9
Aragó	12	5	3	7
Astúries	17	14	6	1
Balears	4	10	9	2
Canàries	6	11	16	10
Cantàbria	15	6	14	12
Castella i Lleó	13	3	4	15
Castella-la Manxa	3	8	1	11
Catalunya	9	9	13	3
C. Valenciana	8	13	10	5
Extremadura	5	12	2	13
Galícia	16	17	7	6
Madrid	11	7	17	4
Múrcia	1	15	11	8
Navarra	7	1	8	17
País Basc	14	2	15	16
La Rioja	10	4	5	14

Colors: gris clar (posicions 1-5), gris fosc (posicions 13-17)

Taula 3.3
Posició relativa mitjana de cada comunitat en els factors d'ocupació

	Atur i inestabilitat laboral	Grau d'activitat laboral	Sinistralitat laboral
Andalusia	1	9	10
Aragó	14	8	11
Astúries	13	17	2
Balears	7	1	1
Canàries	4	2	9
Cantàbria	11	15	12

(Continua)

(Continuació Taula 3.3)

	Atur i inestabilitat laboral	Grau d'activitat laboral	Sinistralitat laboral
Castella i Lleó	12	16	13
Castella-la Manxa	6	10	8
Catalunya	8	3	6
C. Valenciana	5	5	3
Extremadura	2	7	16
Galícia	10	13	15
Madrid	17	6	17
Múrcia	3	4	4
Navarra	15	11	5
País Basc	9	14	7
La Rioja	16	12	14

Colors: gris clar (posicions 1-5), gris fosc (posicions 13-17)

Taula 3.4

Posició relativa mitjana de cada CA en els factors de protecció social

	Cobertura de les pensions contributives	Cobertura de les pensions no contributives	Cobertura de les pensions d'incapacitat	Cobertura per desocupació
Andalusia	12	7	1	7
Aragó	5	12	14	12
Astúries	2	17	10	4
Balears	16	3	12	1
Canàries	15	1	2	6
Cantàbria	3	16	9	9
Castella i Lleó	4	14	7	13
Castella-la Manxa	8	9	4	11
Catalunya	11	4	17	2
C. Valenciana	10	5	8	8
Extremadura	6	10	3	5
Galícia	1	15	6	3
Madrid	17	2	13	15
Múrcia	13	6	5	14
Navarra	14	8	15	17
País Basc	9	13	16	16
La Rioja	7	11	11	10

Colors: gris clar (posicions 1-5), gris fosc (posicions 13-17)

Taula 3.5

Posició relativa mitjana de cada CA en els factors de gent gran i salut

	Atenció a les persones ancianes	Cobertura de S.S. a la gent gran	Qualitat del sistema sanitari	Qualitat i dotació dels hospitals	Saturació centres hospit.	Drogod.
Andalusia	3	4	16	16	15	17
Aragó	11	7	3	6	4	15
Astúries	12	15	9	8	5	7
Balears	17	3	15	13	1	11
Canàries	1	1	14	1	13	1
Cantàbria	6	17	6	3	17	16
Castella i Lleó	13	9	5	4	10	13
Castella-la Manxa	4	5	12	15	11	6
Catalunya	15	14	2	2	2	3
C. Valenciana	16	6	13	17	12	8
Extremadura	7	2	10	11	14	9
Galícia	2	12	11	12	9	5
Madrid	9	10	4	9	16	10
Múrcia	8	8	17	14	6	2
Navarra	5	13	1	5	3	14
País Basc	10	16	8	7	7	4
La Rioja	14	11	7	10	8	12

Colors: gris clar (posicions 1-5), gris fosc (posicions 13-17)

Taula 3.6

Posició relativa mitjana de cada comunitat en els factors de població estrangera, educació i economia

	Població estrangera	Qualitat sistema educatiu	Extensió sist. Educ. públic	Creixement econòmic	Urbanització	Rec. Nat. i riquesa
Andalusia	10	16	4	12	11	13
Aragó	9	6	10	5	16	3
Astúries	12	2	7	15	13	16
Balears	3	17	14	1	12	11
Canàries	5	9	3	2	5	17
Cantàbria	15	7	11	7	4	6
Castella i Lleó	16	3	8	10	14	4
Castella-la Manxa	11	12	2	13	15	8

(Continua)

(Continuació Taula 3.6)

	Població estrangera	Qualitat sistema educatiu	Extensió sist. Educ. públic	Creixement econòmic	Urbanització	Rec. Nat. i riquesa
Catalunya	4	13	15	4	9	5
C. Valenciana	6	14	9	3	7	10
Extremadura	13	11	1	16	17	9
Galícia	14	5	5	14	10	14
Madrid	1	10	16	11	1	7
Múrcia	2	15	6	6	8	12
Navarra	8	4	13	9	6	2
País Basc	17	1	17	17	2	15
La Rioja	7	8	12	8	3	1

Colors: gris clar (posicions 1-5), gris fosc (posicions 13-17)

Taula 3.7

Posició relativa mitjana de cada comunitat en els factors d'habitatge, seguretat i justícia, i capital social i participació

	Expansió del sector immobiliari	Eficàcia de les polítiques de seguretat	Violència de gènere	Capital social econòmic per càpita	Diferencial d'abstenció
Andalusia	13	3	12	16	8
Aragó	6	11	9	6	10
Astúries	14	14	5	12	6
Balears	1	2	6	2	2
Canàries	5	1	17	14	1
Cantàbria	7	8	13	9	12
Castella i Lleó	9	15	7	13	11
Castella-la Manxa	10	9	14	15	17
Catalunya	2	7	1	3	4
C. Valenciana	4	6	10	8	14
Extremadura	17	10	16	17	16
Galícia	15	17	8	11	3
Madrid	8	4	2	1	9
Múrcia	12	5	15	10	13
Navarra	11	16	11	4	7
País Basc	16	13	4	5	5
La Rioja	3	12	3	7	15

Colors: gris clar (posicions 1-5), gris fosc (posicions 13-17)

En conclusió, com podem observar tant a les taules d'aquest epígraf (amb els "rànquings" per comunitats) com als gràfics de l'annex 4 (amb valors continus), les dades del nostre estudi ens permeten parlar d'estabilitat pel que fa a la posició relativa de cada comunitat en els diferents factors.

És cert que s'observa certa coherència en la posició d'algunes d'elles (Andalusia, Extremadura, Galícia...) que tendeixen a situar-se en les posicions inferiors en els factors, en relació a algunes altres (com Navarra, Madrid, País Basc o Múrcia). Per exemple, és aquest primer grup el que presenta una consolidació menor dels nous hàbits socials, un major nivell d'atur, menys creixement econòmic, una pitjor qualitat del sistema sanitari, etc.

Pel contrari, el segon és el que apareix amb un major nivell d'urbanització, de qualitat i dotació hospitalària, d'expansió del sector immobiliari, de capital social econòmic, etc. Tot i això, les excepcions són molt nombroses i, en definitiva, els nostres resultats no suggereixen l'existència de diferències estructurals en termes absoluts, sinó relatius, i divergents per a cada tipus d'indicador.

3.5. Similaritats entre comunitats autònomes

L'última qüestió a la que prestarem atenció dins del marc d'aquesta anàlisi és la referent a les similaritats existents entre les comunitats autònomes espanyoles, pel que fa a les dimensions rellevants de la seva realitat socioestructural. El que ens interessa dins d'aquesta darrera secció és, per tant, no tant aprofundir en la descripció de les desigualtats objectives que ja hem subratllat, sinó destacar aquells casos en que les diferències entre autonomies s'han difuminat o exacerbat al llarg del temps, tractant d'identificar determinats grups de comunitats amb característiques similars i una evolució paral·lela.

Amb aquesta finalitat, s'ha realitzat una anàlisi d'agrupaments, de la qual els seus resultats són presentats a l'annex 5, que són complementats amb una explicació més detallada de la tècnica estadística que hem emprat. Amb la finalitat d'obtenir una certa variació en el temps, a diferència de la secció anterior, hem dividit el nostre estudi en tres períodes (1991-95, 1996-00 i 2001-05), que es corresponen a tres fases diferents en el procés de desplegament autonòmic i en l'evolució de la realitat socioestructural de les comunitats autònomes.

Tal i com es pot comprovar en els quadres de classificació de cada comunitat autònoma dins dels grups, en els tres períodes, en la majoria dels casos no s'aprecien pautes consistents en la seva distribució (veure annex 5). Aquest fet és gràcies a que la posició d'una comunitat en un determinat grup ho és sempre en termes relatius respecte a la mitjana total obtinguda per al conjunt dels tres períodes. Com

a conseqüència, les millores d'unes comunitats en alguns indicadors comporten automàticament una disminució en termes relatius de les altres, sense que això signifiqui un empitjorament real de les seves condicions.

Tanmateix, com a conseqüència de la nostra decisió de sintetitzar en una única anàlisi els factors corresponents a cadascun dels dominis temàtics que vam seleccionar, els resultats tenen una interpretació menys substantiva, problema derivat del fet d'ignorar la seva multidimensionalitat. En altres paraules, la heterogeneïtat que vam observar en l'evolució d'alguns d'aquests factors, fins i tot dins d'un mateix àmbit, i que, per raons d'espai, no hem analitzat en profunditat dins d'aquesta secció, fa que la interpretació dels resultats referent als àmbits de demografia, ocupació, protecció social i seguretat i justícia sigui complexa.

Tot i això, els nostres resultats també ens ofereixen algunes pautes que resulten interessants des d'un punt de vista substantiu, i que en certa manera són coherents amb les conclusions de les seccions anteriors. Així, per exemple, en el cas de l'àmbit de la salut, economia i habitatge, i gent gran, observem una homogeneïtat creixent en l'agrupació de les diferents autonomies. En aquest cas, la majoria de comunitats tendeixen a convergir en les seves característiques pel que fa a aquests dominis: un sistema sanitari amb una qualitat satisfactòria, amb hospitals poc saturats i un nivell baix de drogodependències i marginalitat; un creixement del desenvolupament urbanístic i la seva riquesa relativa, tot i a costa d'una certa desacceleració econòmica; i un nivell d'atenció mitjà a les persones ancianes, que va en detriment d'una menor cobertura de la seguretat social. D'aquesta manera, la presència de desigualtats creixents es deuen en aquests casos a la presència d'autonomies amb uns valors que s'allunyen d'aquesta tendència general.

Un dels dominis en què l'anàlisi de conglomerats ens proporciona uns resultats més significatius és el relacionat amb l'educació. En combinar la qualitat del sistema educatiu amb l'extensió del sistema públic, podem analitzar com la tendència de la majoria d'autonomies és a augmentar la primera d'aquestes dimensions, cosa que succeeix en paral·lel a un increment de l'alumnat en centres concertats i privats. Així, la major part de les desigualtats entre autonomies es deuen als casos d'Astúries, Cantàbria i Navarra, per un costat, amb un sistema educatiu de menor qualitat, i una distribució mitjana entre públic i privat; i Castella i Lleó, Andalusia, Castella-la Manxa i Aragó, amb una qualitat elevada; però que, a diferència de la tendència general, han optat per mantenir la majoria de centres sota titularitat pública.

Finalment, pel que fa al volum de població estrangera, els nostres resultats mostren amb claredat com el creixement espectacular que es dona a partir de 2000 no té lloc de manera homogènia. Si en 1991-1995, les trobem totes classificades dins d'un mateix grup; en l'últim dels nostres períodes d'anàlisi (2001-2005), veiem

com en sorgeixen tres, amb un nivell per sota de la mitjana (Astúries, Extremadura, Galícia i País Basc), per sobre (Andalusia, Aragó, Cantàbria...) i molt per sobre (Catalunya, Madrid, Comunitat Valenciana...).

3.6. Conclusions

L'objectiu del present capítol era analitzar les diferents realitats socioestructurals en què el procés de desplegament autonòmic ha tingut lloc, tant des d'una perspectiva comparada (estudiant les característiques sociodemogràfiques, polítiques i culturals de cada comunitat) com longitudinal (amb la finalitat d'observar l'evolució d'aquestes característiques i de les seves diferències entre regions).

Considerant els nostres resultats de manera global, emergeixen tres conclusions que mereixen ser considerades amb una mica més de profunditat. En primer lloc, les dades mostren una tendència molt significativa a la reducció de desigualtats en els àmbits econòmics, demogràfics i polítics que vam considerar com rellevants per la nostra anàlisi. En aquests casos, l'evolució d'aquestes dimensions al llarg del temps ha estat positiva i, al mateix temps, ha afavorit un major grau de convergència entre les diferents autonomies.

No obstant, en segon lloc, hem comprovat com aquesta tendència no es reproduïx pel que fa a les dimensions amb un caire més social, en les que segueixen existint diferències sistemàtiques entre comunitats. En la majoria d'aquests àmbits, com, per exemple, pel que fa a la qualitat dels sistemes educatiu i sanitari o l'atenció a les persones ancianes, l'evolució dels indicadors ha estat positiva, però les desigualtats objectives entre autonomies s'han mantingut estables. Si parem atenció als indicadors relacionats amb l'habitatge, seguretat i justícia, o protecció social, veiem que fins i tot en els últims quinze anys aquestes diferències s'han exacerbat; de manera més que substancial en el cas del capital social econòmic.

En qualsevol cas, com a conclusió final, hem de tenir present la complexitat d'establir relacions causals entre el procés de descentralització política i l'evolució de tots els indicadors que hem analitzat al llarg del present estudi. Donat el caràcter merament descriptiu del present estudi, la interpretació dels nostres resultats, especialment quan els hem contrastat amb altres tendències generals, ha d'entendre's des d'una perspectiva únicament exploratòria. Tot i això, alguns d'ells resulten particularment suggerents, i mostren l'existència de diferències substantives en l'evolució de la realitat socioestructural de les diferents comunitats autònomes espanyoles, que –creiem– mereixen ser objecte d'una major atenció des d'un punt de vista científic.

3.7. Annexos

3.7.1. Annex 1: llista completa d'indicadors inclosos a l'anàlisi

A continuació es detallen totes les variables que han estat seleccionades per a l'anàlisi quantitativa, en funció de criteris de disponibilitat per a la sèrie completa objecte d'estudi (1991-2005), rellevància teòrica i coherència, amb els objectius de la present anàlisi. Per cadascuna d'elles, donem una descripció més detallada del seu significat i presentem la font d'on ha estat extreta. La base de dades completa, així com una explicació més detallada de les decisions que hem pres respecte a la seva selecció i operacionalització, està disponible prèvia petició als autors.

DEMOGRAFIA

1	Percentatge de dones sobre el total de població.	Instituto Nacional de Estadística, Área de Análisis y Previsiones Demográficas
2	Logaritme de la població menor de 20 anys per cada 100 habitants de 60 anys i més (índex de joventut).	
3	Logaritme de la població menor de 16 anys o major de 64 anys per cada 100 habitants de 16 a 64 anys (índex de dependència demogràfica).	
4	Naixements per cada 1000 habitants (taxa bruta de natalitat).	Instituto Nacional de Estadística, Indicadores Demográficos Básicos
5	Defuncions per cada 1000 habitants (taxa bruta de mortalitat).	
6	Mitjana de fills per dona.	
7	Logaritme del nombre d'immigrants procedents de l'estranger per cada 100.000 habitants).	Instituto Nacional de Estadística, Estadística de Variaciones Residenciales
8	Número de matrimonis per cada 1.000 habitants.	Instituto Nacional de Estadística, Movimiento Natural de la Población
9	Edat mitjana d'entrada al primer matrimoni (homes).	
10	Edat mitjana d'entrada al primer matrimoni (dones).	
11	Indicador Conjuntural de Fecunditat.	Instituto Nacional de Estadística, Área de Análisis y Previsiones Demográficas
12	Taxa bruta de fecunditat.	
13	Edat mitjana a la maternitat.	
14	Logaritme del percentatge de naixements de mare no casada.	Ministerio de Sanidad y Consumo
15	Taxa d'avortament per cada 1000 dones de 15 a 44 anys.	
16	Mitjana de persones per llar.	Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Población Activa
17	Logaritme del número d'habitants per km2 (densitat de població).	Instituto Nacional de Estadística, Área de Análisis y Previsiones Demográficas

OCUPACIÓ		
18	Taxa d'ocupació (homes).	Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Población Activa
19	Taxa d'ocupació (dones).	
20	Taxa d'atur (homes).	
21	Taxa d'atur (dones).	
22	Percentatge d'assalariats amb contracte indefinit.	
23	Percentatge de contractes registrats de duració indefinida.	
24	Percentatge de treballadors afectats per convenis col·lectius.	MTAS, Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales
25	Logaritme del percentatge de treballadors participants en vagues, sobre el total d'afiliats a la Seguretat Social.	
26	Índex d'incidència d'accidents laborals per cada 100.000 treballadors exposats al risc.	
PROTECCIÓ SOCIAL		
27	Logaritme del total de treballadors afiliats a la Seguretat Social per cada 100 habitants.	MTAS, Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales
28	Logaritme de la taxa neta de cobertura de prestació per atur.	
29	Logaritme del total de beneficiaris de prestacions per desocupació per cada 100 habitants.	
30	Logaritme del total deBeneficiaris de prestacions contributives per desocupació per cada 100 habitants.	
31	Logaritme del total de beneficiaris de prestacions per desocupació assistencials per cada 100 habitants.	
32	Número de pensions contributives de la Seguretat Social per cada 100 habitants.	
33	Número de pensions contributives per incapacitat de la Seguretat Social per cada 100 habitants.	
34	Número de pensions contributives per jubilació de la Seguretat Social per cada 100 habitants.	
35	Número de pensions contributives per altres motius de la Seguretat Social per cada 100 habitants.	
36	Logaritme del número de pensions no contributives per cada 100 habitants.	
37	Logaritme del número de pensions no contributives per invalidesa per cada 100 habitants.	
38	Logaritme del número de pensions no contributives per jubilació cada 100 habitants.	
39	Import mitjà de les pensions no contributives (en preus de 2006).	
40	Ràtio entre cotitzants i pensions en vigor.	

GENT GRAN		
41	Percentatge de persones grans (homes) que no viuen sols.	INE, Encuesta de Población Activa
42	Percentatge de persones grans (dones) que no viuen sols.	
43	Número de pensions contributives de jubilació per cada 100 habitants de 65 anys i més.	MTAS, Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales
44	Número de pensions no contributives de jubilació per cada 100 habitants de 65 anys i més.	
SALUT		
45	Esperança de vida en néixer.	INE, Tablas Completas de Mortalidad
46	Taxa de mortalitat infantil.	INE, Movimiento Natural de la Población
47	Percentatge de parts normals respecte el total de parts.	
48	Mobilitat hospitalària: malalts donats d'alta per cada 10.000 habitants.	INE, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria
49	Arrel del número d'altres hospitalàries per síndrome de dependència a l'alcohol per cada 100.000 habitants.	
50	Arrel del número d'altres hospitalàries per addicció a les drogues per cada 100.000 habitants.	
51	Número de metges col·legiats per 100.000 habitants.	Anuario Estadístico de España
52	Número d'ATS col·legiats per 100.000 habitants.	
53	Número de llits per cada 10.000 habitants.	Estadística de Indicadores Hospitalarios, Ministerio de Sanidad y Consumo
54	Consultes externes per cada 1.000 habitants.	
55	Estàncies hospitalàries per cada 100 habitants.	
56	Grau d'ocupació hospitalària [DEFINICIÓ].	
57	Mitjana d'estàncies per malalt.	
58	Índex de rotació hospitalària: malalts donats d'alta per llits en funcionament.	
59	Logaritme de la capacitat hospitalària mitjana: mitjana de llits instal·lats per establiment sanitari.	
60	Despesa farmacèutica per persona de la Seguretat Social.	Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud (1991-2001) i Dirección General de Farmacia del Sistema Nacional de Salud (2002-2005)
61	Índex de cobertura de les receptes de la Seguretat Social: despesa mitja per recepta sobre l'import mitjà per recepta.	
POBLACIÓ ESTRANGERA		
62	Logaritme del número de permisos de treball concedits a estrangers per cada 1.000 treballadors.	MTAS, Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales
63	Logaritme del número d'immigrants procedents de l'estranger per cada 100.000 habitants.	INE, Estadística de Variaciones Residenciales

EDUCACIÓ		
64	Logaritme de la proporció de la població de 16 anys o més analfabeta o sense estudis.	INE, Encuesta de Población Activa
65	Logaritme de la població amb 16 anys o més amb estudis superiors.	
66	Logaritme de la població de 25 a 34 anys amb estudis superiors.	
67	Taxa de graduació en Batxillerat.	Ministerio de Educación, Estadística de las Enseñanzas No Universitarias
68	Número d'alumnes per professor d'ensenyament no superior del règim general.	
69	Alumnat en centres de titularitat pública.	
70	Unitats d'Educació Infantil en centres públics sobre el total d'unitats d'Educació Infantil.	
72	Unitats d'Educació Primària en centres públics sobre total d'unitats d'Educació Primària.	
73	Logaritme de la mitjana d'alumnes per unitat d'Educació Infantil.	
74	Logaritme de la mitjana d'alumnes per unitat d'Educació Primària.	
75	Esperança de vida escolar als 6 anys en ensenyament no universitari.	
ECONOMIA		
76	PIB per càpita a preus de mercat (1995-2005).	Contabilidad Regional de España
77	Percentatge del VAB en agricultura (1995-2005).	
78	Percentatge del VAB en indústria (1995-2005).	
79	Percentatge del VAB en construcció (1995-2005).	
80	Percentatge del VAB en serveis (1995-2005).	
81	Vehicles automòbils matriculats per cada 1.000 habitants.	Anuario Estadístico de la DGT
82	Oficines d'entitats de crèdit per cada 100.000 habitants.	Banco de España, Boletín Estadístico
83	Logaritme del total de cooperatives constituïdes per cada 100.000 habitants.	MTAS, Boletín de Estadísticas Laborales
84	Logaritme del total de pernoctacions hoteleres per cada 100 habitants	INE, Anuario Estadístico de España
85	Quilòmetres de carreteres per cada 1.000 km² de territori.	Fomento, Anuario Estadístico
86	Logaritme del total de quilòmetres d'autovies i autopistes per 1.000 km2 de territori.	
87	Arrel de la producció d'energia, en MWh per habitant.	Estadística de la Industria de Energía Eléctrica
88	Arrel del percentatge de producció energètica a partir d'energia hidroelèctrica.	
89	Inflació interanual de l'IPC.	Estadística sobre el Índice de Precios al Consumo
90	Euros jugats en jocs d'atzar per habitant (1995-2005).	Informes anuales de l'ONLAE
91	Logaritme del preu mitjà de la terra, en euros per hectàrea (1995-2005).	Ministerio de Medio Ambiente: Indicadores Económicos Agrarios

HABITATGE		
92	Total d'habitatges construïts per cada 1.000 habitants.	Estadística del Ministerio de Vivienda
93	Arrel de la proporció d'habitatges de protecció oficial sobre el total d'habitatge construït.	
94	Arrel del número d'hipoteques signades per 1.000 habitants.	Registradores de España, Estadísticas sobre Hipotecas
95	Logaritme de l'import mitjà de les hipoteques concedides.	
JUSTÍCIA I SEURETAT		
96	Detinguts per la Guàrdia Civil i la Policia Nacional per cada 1.000 habitants.	Anuario Estadístico del Ministerio del Interior
97	Condemnats en Audiències Provincials i Sales Penals per cada 1.000 habitants.	INE, Estadísticas Judiciales de España
98	Morts violentes per agressió (homicidis) per cada 100.000 habitants.	INE, Estadísticas de Defunciones según causa de muerte
99	Dones mortes per mort violenta per agressió per cada 100.000 habitants.	
PARTICIPACIÓ I CAPITAL SOCIAL		
100	Indicador sintètic de capital social econòmic per càpita (1991-2001)	Pérez, F; Montesinos, V; Serrano, L; Fernández, J. La medición del capital social. Una aproximación económica. Fundación BBVA, 2005..
101	Diferencial d'abstenció respecte a la mitjana espanyola (només per aquells anys en què es van celebrar eleccions)	Archivo Histórico Electoral, Gobierno de Valencia

3.7.2. Annex 2: detall de les tècniques estadístiques aplicades

A continuació, repassarem els objectius, supòsits i implicacions de les dues tècniques estadístiques utilitzades en aquest subprojecte, l'anàlisi factorial (a la secció 2) i l'anàlisi de conglomerats (a la secció 6).

a) Anàlisi factorial

L'objectiu de l'anàlisi factorial és descobrir els factors subjacents que expliquen la correlació existent entre grups de variables. Donat que aquests factors latents no són observables, és necessari recollir una multiplicitat d'indicadors per poder aproximar-nos al seu valor. El supòsit en què es basa l'aplicació d'aquesta tècnica, per tant, és que aquesta variable latent està estretament relacionada amb cadascuna de les variables observades, i que és aquesta la responsable de la correlació existent entre elles.

Més en concret, mitjançant la tècnica de l'anàlisi factorial s'estima un model estadístic en què cada variable observada és el resultat d'una combinació lineal dels

factors més un residu aleatori, assumint que els residus corresponents a les diferents variables no estan correlacionats entre si. Segons el model factorial, totes les variables tindrien una part comuna que depèn dels factors (*comunalitat*) i una part específica, pròpia de cada variable (*unicitat*). L'anàlisi proporciona els coeficients d'aquest model, estimats mitjançant procediments iteratius. Un cop obtinguda la solució factorial, és freqüent l'aplicació d'una rotació, amb la finalitat d'aconseguir que les variables es correlacionin fortament amb només un dels factors, i escassament amb la resta. Aquesta estructura, més "simple", facilita la interpretació dels factors a partir del significat de les variables que es correlacionen més amb ells.

Tal i com hem detallat a la secció 2, en aquest estudi hem realitzat deu anàlisis factorials, una per cadascun dels ítems seleccionats inicialment (demografia, ocupació, sistemes de protecció social, gent gran, salut, població estrangera, economia, habitatge, justícia i seguretat, educació, i participació i capital social). L'estimació ha estat realitzada per components principals i s'ha aplicat una rotació ortogonal, Varimax. A l'annex 3 presentem les taules amb els resultats d'aquesta tècnica, que ens ha permès identificar 28 factors o dimensions relatives a característiques econòmiques, sociodemogràfiques i polítiques de les 17 comunitats autònomes objecte del nostre estudi.

b) Anàlisi de conglomerats

L'anàlisi de conglomerats (*cluster analysis*), aplicada en aquest cas a un conjunt de comunitats autònomes, genera com a resultat la seva classificació en un número de grups prèviament definit per l'investigador, així com el valor mitjà de les variables de classificació pel conjunt de comunitats del grup, anomenat *centre del grup*. La comparació dels centres dels diferents grups permet descobrir les característiques majoritàries de les comunitats de cada grup i atorgar-li un nom que l'identifiqui.

El número adequat de grups a considerar depèn del número de comunitats objecte d'estudi i de la seva heterogeneïtat. En aquest cas concret, tal i com detallem a la secció 5, després de realitzar diferents anàlisis exploratòries, hem decidit seleccionar únicament tres, en funció d'un criteri de facilitat en la interpretació dels resultats i per raons de coherència en els resultats.

3.7.3. Annex 3: resultats de l'anàlisi factorial

A les taules següents presentem els resultats de l'anàlisi factorial, realitzada per separat pels deu grups de variables, utilitzant components principals i amb rotació Varimax. S'han extret tots els factors amb *eigenvalues* superiors a 1. Els casos perduts s'han exclòs, de manera que a l'anàlisi només s'inclouen les variables per les quals es disposa de tota la sèrie 1991-2005. A efectes de facilitar la seva interpretació, a les següents taules només es mostren els coeficients amb valors superiors a

0,25 i ordenats d'acord amb el seu pes per cada factor. Les puntuacions superiors per cada variable estan marcades en negreta. Les puntuacions per cada factor, que posteriorment serviran com punt de partida per l'anàlisi substantiva, es calculen pel mètode de regressió. Per últim, els factors marcats com un asterisc estan mostrats en escala inversa (els valors positius eren originalment negatius), per facilitar la seva interpretació.

Taula A3.1

Factors demogràfics

Factors	1	2	3*	4
Taxa bruta de fecunditat	0,97			
Indicador Conjuntural de Fecunditat	0,97			
Mitjana de fills per dona	0,97			
Taxa bruta de natalitat	0,94			
Percentatge de dones	-0,71	-0,25		0,35
Matrimonis per cada 1.000 hab.	0,59	-0,35		
Edat mitjana d'entrada al 1er matrimoni (homes)		0,95		
Edat mitjana d'entrada al 1er matrimoni (dones)		0,93		
Edat mitjana a la maternitat		0,90		
Mitjana de persones per llar		-0,75	-0,31	-0,42
log (Índex de joventut)	0,58	-0,61	-0,46	
log (Densitat de població)			-0,91	0,32
Índex de dependència demogràfica		-0,37	0,86	
Taxa bruta de mortalitat	-0,66		0,78	
Taxa d'avortaments per cada 1.000 dones 15-44 anys				0,85
log (Immigrants per cada 100.000 habitants)	0,27	0,57		0,63
log (% naixements de mare no casada)		0,48	-0,38	0,60
<i>Variància explicada per cada factor</i>	32,03%	26,50%	17,09%	12,53%
<i>Variància total explicada</i>	88,12%			

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

Taula A3.2

Factors d'ocupació

Factors	1	2	3
Taxa d'atur (homes)	0,81		-0,32
Taxa d'atur (dones)	0,81	-0,40	-0,27
% d'assalariats amb contracte indefinit	-0,77		
% de contractes registrats de duració indefinida	-0,68	0,49	0,27
% de treballadors afectats per convenis col·lectius	0,65		0,33
Taxa d'ocupació (homes)		0,80	
Taxa d'ocupació (dones)	-0,35	0,76	
log (% treballadors que han participat en vagues)		-0,70	
Índex d'incidència d'accidents laborals			0,94
Variància explicada per cada factor	32,42%	24,68%	14,70%
Variància total explicada	71,80%		

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

Taula A3.3

Factors de protecció social

Factors	1	2	3	4
Pensions contributives de la SS (total, per 100 hab.)	0,99			
Pensions contributives de la SS (altres, per 100 hab.)	0,93			
Pensions contributives de la SS (jubilació, per 100 hab.)	0,89		-0,36	
Ràtio entre cotitzants i pensions en vigor	0,79		0,55	
log (Pensions no contributives per 100 hab.)		0,95		
log (Pensions no contributives de jubilació, per 100 hab.)		0,91		
log (Pensions no contributives d'invalidesa, per 100 hab.)		0,90		
Import mitjà de les pensions no contributives (en preus de 2006)		0,55	-0,29	
log (Treballadors afiliats a la SS per cada 100 hab.)			-0,90	0,32
log (Beneficiaris de prest. assist. per desocup. per 100 hab.)	-0,33		0,79	
Pensions contributives de la SS (incapacitat, per 100 hab.)		-0,44	0,76	
log (Taxa neta cobertura de prestació per atur)				0,88
log (Beneficiaris de prestacions contributives per desocupats per 100 hab.)				0,82
Variància explicada per cada factor	26,92%	24,72%	19,69%	14,15%
Variància total explicada	85,49%			

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

Taula A3.4

Factors relacionats amb la situació de la gent gran

Factors	1	2*
% de persones grans que no viuen soles (homes)	0,93	
% de persones grans que no viuen soles (dones)	0,80	-0,39
Pensions no contributives de jubilació per cada 100 hab. >64 anys		-0,88
Pensions contributives de jubilació per cada 100 hab. >64 anys		0,71
Variància explicada per cada factor	38,45%	35,78%
Variància total explicada	74,24%	

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

Taula A3.5

Factors de salut

Factors	1	2	3	4
Esperança de vida en néixer	0,89			
ATS col·legiats per 100.000 hab.	0,81			
Metges col·legiats per 100.000 hab.	0,73			
Taxa de mortalitat infantil	-0,69	0,31		
Despesa farmacèutica de la SS per hab.	0,66	-0,56		0,26
Consultes externes per 1.000 hab.	0,65		0,41	
% de parts normals sobre el total	-0,55		-0,46	
Grau d'ocupació hospitalària	0,48	0,31		0,39
Llits per cada 10.000 habitants		0,92	0,28	
Estàncies hospitalàries per 100 hab.		0,92		
Mitjana d'estàncies per malalt		0,89	-0,28	
Índex de rotació hospitalària	0,25	-0,86	0,26	
Mobilitat hospitalària	0,28		0,85	
log (Capacitat hospitalària mitjana)			-0,71	-0,48
arrel (Altes hospit. per addicció a les drogues)				0,70
arrel (Altres hospit. per alcoholisme)	0,28	0,29		0,66
Índex de cobertura de les receptes de la SS	0,30		0,27	-0,56
Variància explicada per cada factor	25,36%	23,59%	11,77%	11,41%
Variància total explicada	72,13%			

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

Taula A3.6
Factor relacionat amb la població estrangera

Factors	1
log (Immigrants per cada 100.000 hab.)	0,93
log (Permisos de treball a estrangers per cada 1.000 treballadors)	0,93
Variància total explicada	87,15%

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

Taula A3.7
Factors educatius

Factors	1	2
log (Mitjana d'alumnes per unitat d'educació primària)	0,95	
Número d'alumnes per professor	0,91	
log (Mitjana d'alumnes per unitat d'educació infantil)	0,87	
log (Pob. 25-34 anys amb estudis superiors)	-0,84	-0,47
Taxa de graduació en Batxillerat	-0,83	-0,34
log (Pob. >15 anys amb estudis superiors)	-0,78	-0,50
Esperança de vida escolar als 6 anys	-0,69	
% d'unitats públiques en unitats d'educ. primària		0,97
Alumnat en centres de titularitat pública		0,97
% d'unitats públiques en unitats d'educ. infantil		0,96
log (Pob. >15 anys analfabeta o sense estudis)	0,49	0,64
Variància explicada per cada factor	47,60%	35,08%
Variància total explicada	82,68%	

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

Taula A3.8

Factors econòmics (1991-2005)

Factors	1	2	3
Vehicles per 1.000 habitants	0,92		
log (Pernotacions hoteleres per 100 hab.)	0,84		
Inflació: IPC anual	-0,55		
log (Km de autovies/autopistes per cada 1000 km2)		0,88	
arrel (Producció d'energia: MWh per hab.)		-0,83	
Km de carreteres per cada 1000 km ²		0,59	-0,53
Oficines de crèdit per 100.000 hab.	0,36		0,85
arrel (% de producció hidroelèctrica sobre total d'energia)	-0,40	0,29	0,71
<i>Variància explicada per cada factor</i>	<i>27,52%</i>	<i>24,41%</i>	<i>19,13%</i>
<i>Variància total explicada</i>	<i>71,05%</i>		

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

Taula A3.9

Factors d'habitatge

Factors	1
Habitatges construïts per cada 1.000 hab.	0,81
arrel(% d'habitatges de protecció oficial construïts)	-0,66
arrel(Hipoteques signades per cada 1.000 hab.)	0,85
Log(Import mitjà noves hipoteques)	0,87
<i>Variància explicada per cada factor</i>	<i>64,70%</i>

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

Taula A3.10

Factors de seguretat i justícia

Factors	1	2
Detinguts per cada 1.000 hab.	0,83	
Morts violentes per cada 100.000 hab.	-0,63	
Condemnats per cada 1.000 hab.	0,54	0,51
Dones mortes per agressió per cada 100.000 hab.		0,88
<i>Variància explicada per cada factor</i>	<i>35,42%</i>	<i>26,19%</i>
<i>Variància total explicada</i>	<i>61,61%</i>	

Font: elaboració pròpia a partir de variables recollides a l'annex 1.

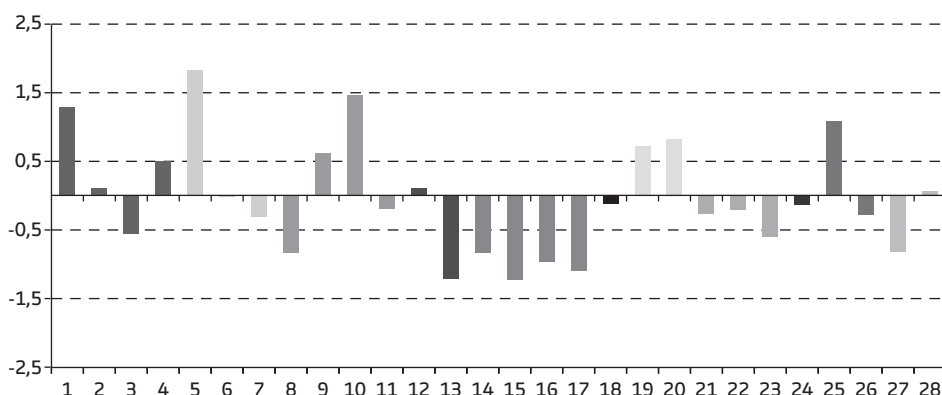
3.7.4. Annex 4: anàlisi comparada per comunitats autònomes; diferències entre factors

Aprofundint en l'anàlisi gràfica que hem realitzat a la secció quarta d'aquest subprojecte, a continuació presentem de nou les mitjanes dels diferents factors que vam obtenir inicialment, però en aquest cas reordenant-les per comunitats. Per facilitar la interpretació, hem representat amb un mateix color les barres corresponents a puntuacions de factors dins d'un mateix ítem, seguint l'esquema de la taula 1: per exemple, totes les barres en color blau es corresponen amb els factors demogràfics.

Mitjançant la presentació d'aquests gràfics, podrem comprovar fins a quin punt cadascuna de les comunitats espanyoles són relativament homogènies quant a la seva puntuació en cada factor. Dit d'una altra manera, amb aquesta nova agrupació es farà més patent fins a quin punt la realitat socioestructural de cada regió és unidimensional o si, pel contrari, hem de parlar de diferents dimensions en què cadascuna d'elles se situaria en una posició relativa diferent dins del conjunt de comunitats.

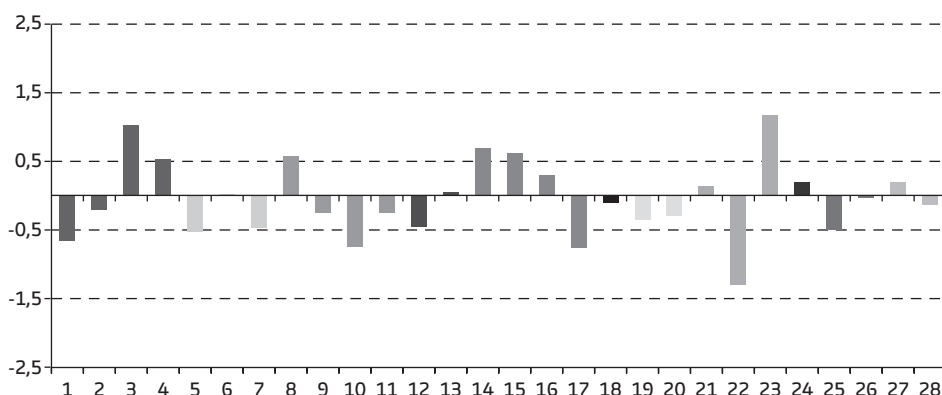
Gràfic 36

Puntuacions mitjanes a cada factor (Andalusia)



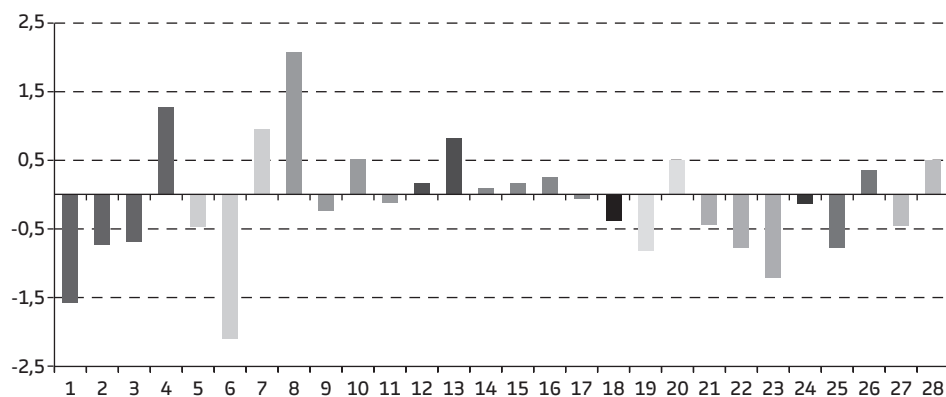
Gràfic 37

Puntuacions mitjanes a cada factor (Aragó)



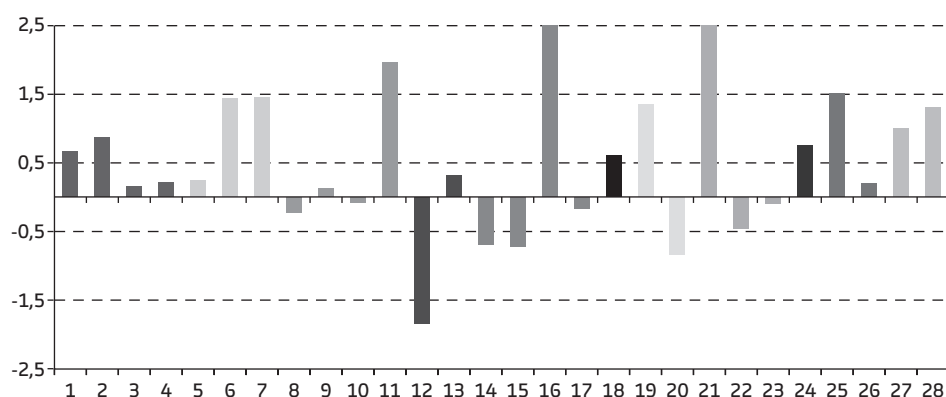
Gràfic 38

Puntuacions mitjanes a cada factor (Astúries)



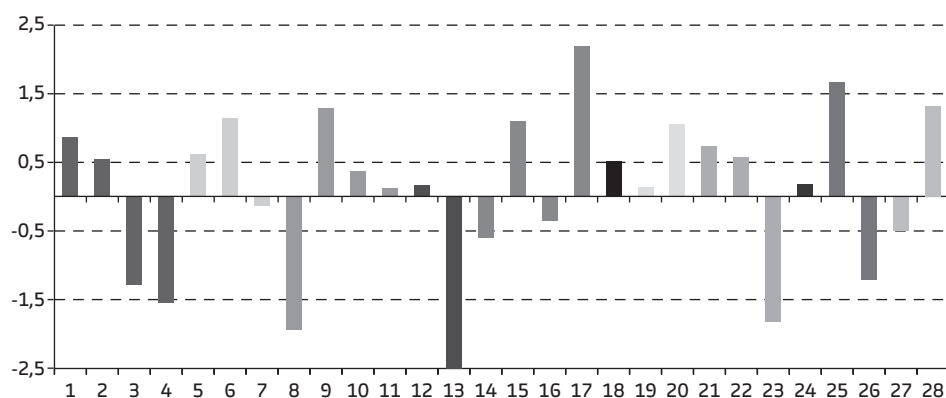
Gràfic 39

Puntuacions mitjanes a cada factor (Balears)



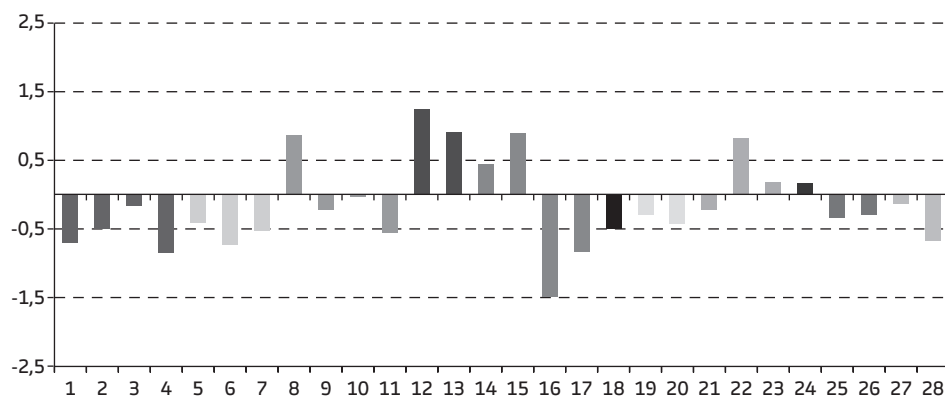
Gràfic 40

Puntuacions mitjanes a cada factor (Canàries)



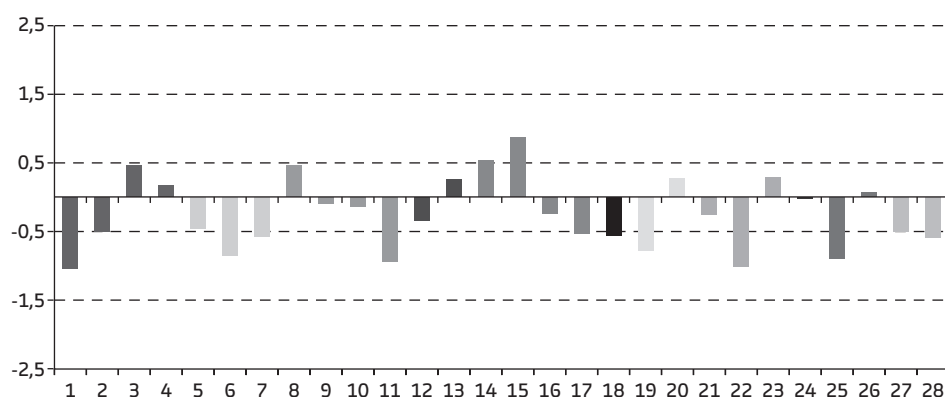
Gràfic 41

Puntuacions mitjanes a cada factor (Cantàbria)



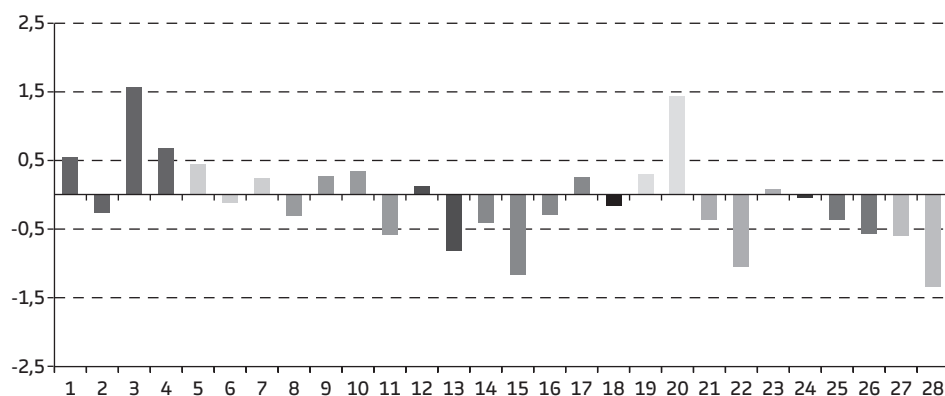
Gràfic 42

Puntuacions mitjanes a cada factor (Castella i Lleó)



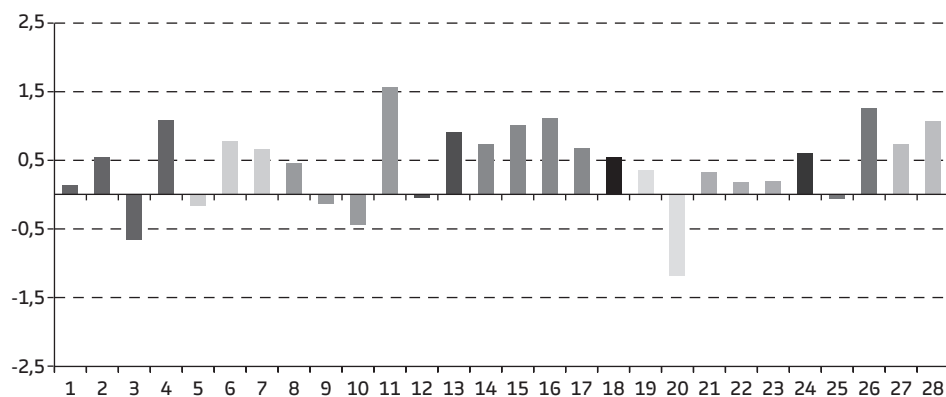
Gràfic 43

Puntuacions mitjanes a cada factor (Castella-la Manxa)



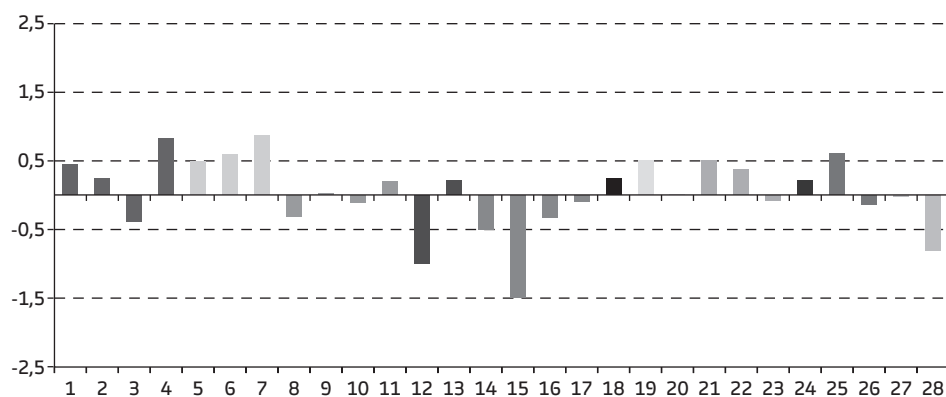
Gràfic 44

Puntuacions mitjanes a cada factor (Catalunya)



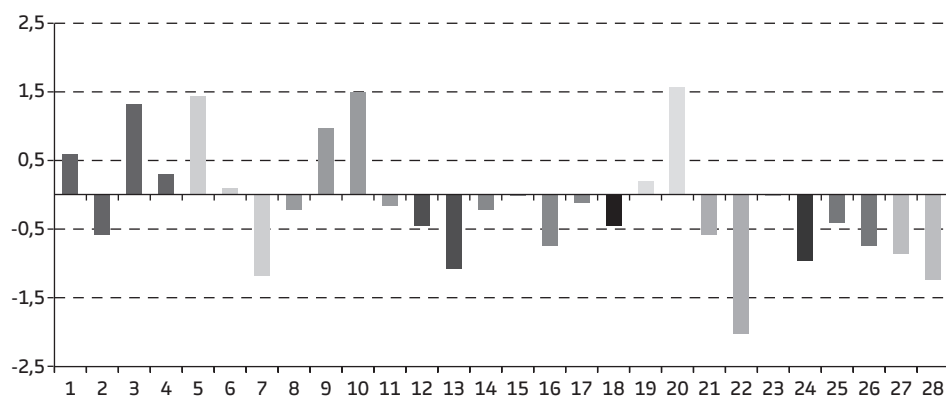
Gràfic 45

Puntuacions mitjanes a cada factor (Com. Valenciana)



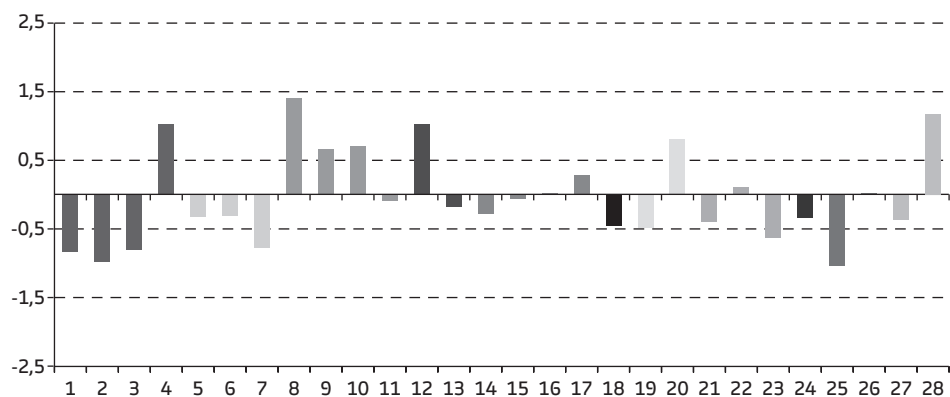
Gràfic 46

Puntuacions mitjanes a cada factor (Extremadura)



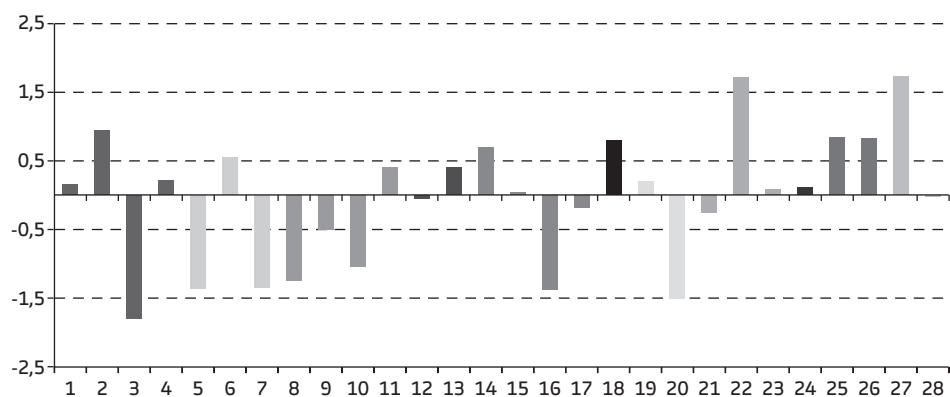
Gràfic 47

Puntuacions mitjanes a cada factor (Galícia)



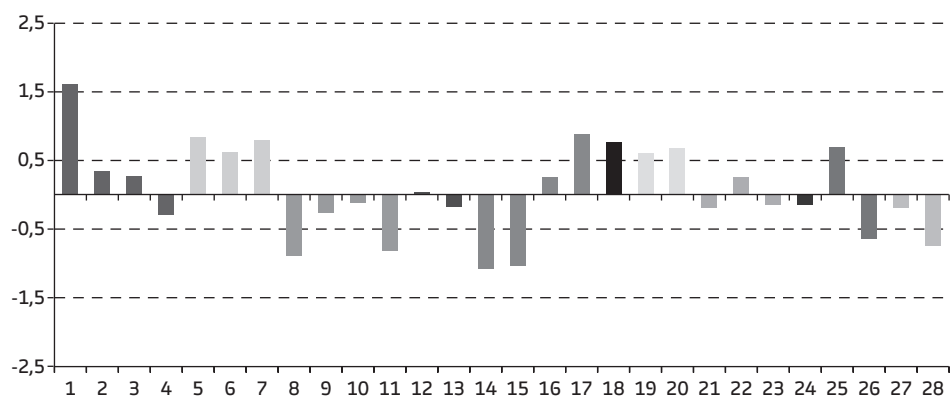
Gràfic 48

Puntuacions mitjanes a cada factor (Madrid)



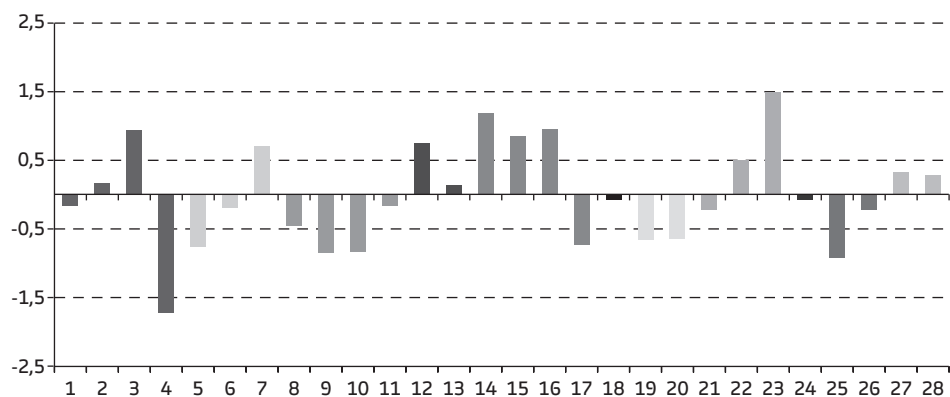
Gràfic 49

Puntuacions mitjanes a cada factor (Múrcia)



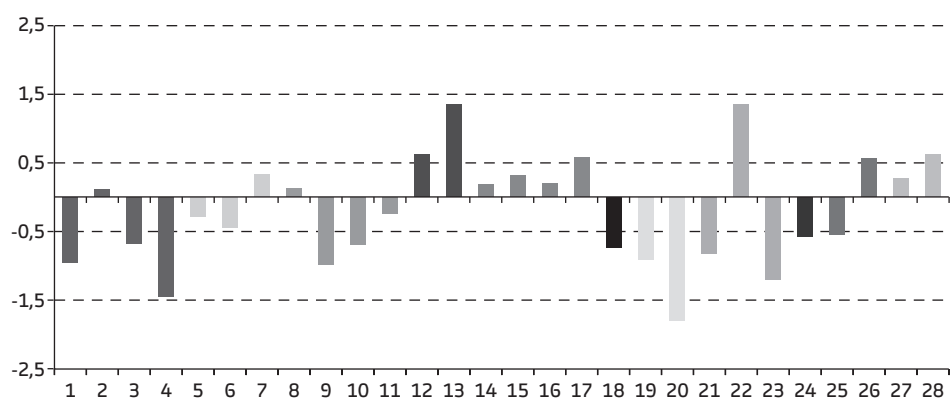
Gràfic 50

Puntuacions mitjanes a cada factor (Navarra)



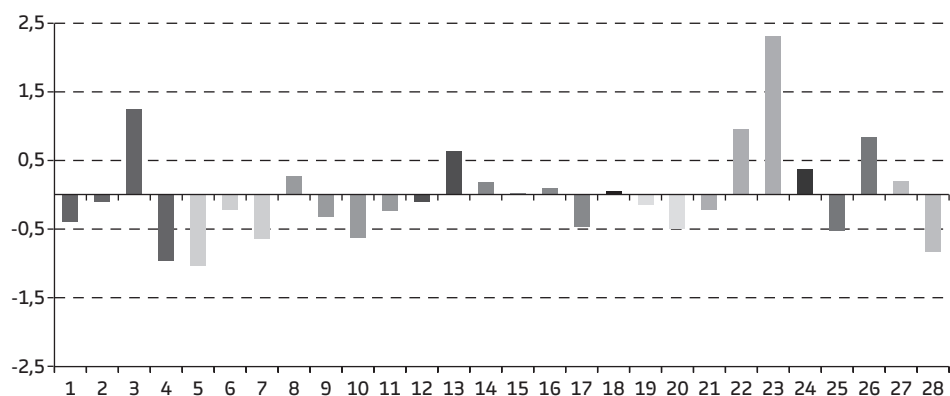
Gràfic 51

Puntuacions mitjanes a cada factor (País Basc)



Gràfic 52

Puntuacions mitjanes a cada factor (La Rioja)



3.7.5. Annex 5: resultats de l'anàlisi de conglomerats

Com hem detallat a la secció 5 d'aquest subprojecte, amb l'objectiu d'estudiar les similituds entre comunitats autònomes pel que fa a la seva realitat socioestructural, s'ha realitzat una anàlisi d'agrupaments que ha permès classificar-les en tres grups de comunitats que comparteixen característiques similars en cadascun dels àmbits analitzats (veure annex 2 per una explicació més detallada de la tècnica estadística d'anàlisi de conglomerats per k-mitjanes). Amb la finalitat d'obtenir una certa variació en el temps, hem dividit el nostre estudi en tres períodes (1991-1995, 1996-2000 i 2001-2005), que es corresponen a tres fases diferents en el procés de desplegament autonòmic i en l'evolució de la realitat socioestructural de les comunitats autònomes.

A continuació, es presenten per a cada àmbit temàtic: a) les característiques de cada un dels grups resultants d'aquesta classificació, b) les comunitats que han estat classificades en cada grup i c) els canvis de classificació que es produeixen d'un període a l'altre.

En cada una de les taules que es mostren en aquest apartat, les caselles contenen la mitjana del valor de cada factor per al conjunt de comunitats autònomes que han estat classificades en cada grup. Com que aquests factors són variables que tenen mitjana zero, els valors positius en les taules indiquen que les comunitats del corresponent grup tenen valors més elevats que la mitjana en el corresponent factor; els valors negatius indiquen que les comunitats del corresponent grup tenen valors inferiors a la mitjana en el corresponent factor; finalment, els valors propers a zero indiquen que les comunitats del corresponent grup tenen valors mitjans en el corresponent factor.

Demografia

Factors	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Natalitat	0,63	-0,35	-1,78
Nous hàbits socials	-0,19	0,49	-0,63
Dependència demogràfica	0,24	-0,49	0,38
Feminització	0,27	-0,74	0,99

La taula ens facilita la interpretació de les característiques de cadascun dels tres grups. Així, en el Grup 1 hi trobem les comunitats que tenen una elevada natalitat; en el Grup 2 s'hi concentren les comunitats que tenen un elevat nivell d'adopció dels nous hàbits socials (matrimoni tardà, maternitat a edats avançades i nuclis familiars reduïts), una baixa dependència demogràfica i un baix nivell de feminització; finalment, les comunitats del Grup 3 tenen baixa natalitat i escassa adopció dels nous hàbits socials, per una banda, i elevada dependència demogràfica i feminització, per una altra.

Grup de pertinença de cada comunitat autònoma

1991-1995	1996-2000	2001-2005
1	1	1
Andalusia	Castella i Lleó	Castella i Lleó
Aragó	Catalunya	Cantàbria
Madrid	Madrid	Canàries
Astúries	País Basc	Castella-la Manxa
Cantàbria	Cantàbria	La Rioja
Extremadura	Extremadura	2
Galícia	Galícia	Astúries
Balears	Múrcia	Balears
Canàries	Canàries	Catalunya
C. Valenciana	C. Valenciana	C. Valenciana
2	Castella-la Manxa	Galícia
Múrcia	Navarra	Madrid
Navarra	2	Extremadura
País Basc	Andalusia	Múrcia
La Rioja	Aragó	Navarra
3	Astúries	País Basc
Castella i Lleó	Balears	3
Castella-la Manxa	3	Andalusia
Catalunya	La Rioja	Aragó

Ocupació

Factors	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Atur i inestabilitat laboral	-0,23	0,45	-0,31
Grau d'activitat laboral	-0,19	0,74	-1,21
Sinistralitat laboral	-0,68	0,69	0,78

En el primer grup, hi trobem les comunitats amb un baix nivell de sinistralitat laboral; en el segon, s'hi agrupen les que tenen un elevat grau d'activitat laboral, fet que comporta que també tinguin un elevat nivell d'atur, d'inestabilitat i de sinistralitat laboral; en el tercer grup, hi trobem les comunitats autònomes que es caracteritzen pel contrari: poc grau d'activitat laboral i, en conseqüència, poc atur, i poca inestabilitat laboral. No obstant, en aquest tercer grup és on hi ha més sinistralitat laboral.

Grup de pertinença de cada comunitat autònoma

1991-1995	1996-2000	2001-2005
1	1	1
Andalusia	Andalusia	Andalusia
Balears	Balears	Balears
Canàries	Canàries	Canàries
País Basc	País Basc	País Basc
La Rioja	La Rioja	La Rioja
Cantàbria	Navarra	Navarra
Madrid	Astúries	Astúries
2	Múrcia	Múrcia
Aragó	Aragó	Aragó
Múrcia	2	Extremadura
Extremadura	Extremadura	2
Galícia	Galícia	Cantàbria
Navarra	Castella i Lleó	Castella i Lleó
Astúries	Castella-la Manxa	Castella-la Manxa
C. Valenciana	C. Valenciana	3
3	Cantàbria	C. Valenciana
Catalunya	Catalunya	Catalunya
Castella-la Manxa	Madrid	Madrid
Castella i Lleó		Galícia

Protecció Social

Factors	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Cobertura de les pensions contributives	-0,62	0,96	0,04
Cobertura de les pensions no contributives	-0,51	-0,08	1,11
Cobertura dels desocupats i d'incapacitat	0,12	-0,69	0,62
Cobertura de les pensions contributives per atur	-0,15	0,02	0,28

Les comunitats del grup 1 es caracteritzen per tenir un baix nivell de protecció social en tots els aspectes considerats. Les comunitats del grup 2 tenen un elevat nivell de cobertura de les pensions contributives però un baix nivell de cobertura per desocupació i incapacitat. Les comunitats del grup 3 són les que tenen un major nivell de protecció social.

Grup de pertinença de cada comunitat autònoma

1991-1995	1996-2000	2001-2005
1	1	1
Andalusia	Aragó	Balears
Madrid	Astúries	Astúries
Balears	Canàries	Catalunya
Castella i Lleó	Cantàbria	Cantàbria
C. Valenciana	Castella-la Manxa	C. Valenciana
País Basc	Extremadura	Castella i Lleó
2	2	2
Cantàbria	Galícia	Galícia
Canàries	Múrcia	Madrid
Castella-la Manxa	La Rioja	Navarra
Catalunya	2	2
La Rioja	Catalunya	Extremadura
3	C. Valenciana	La Rioja
Aragó	Andalusia	Andalusia
Múrcia	Balears	Múrcia
Navarra	3	País Basc
Astúries	Castella i Lleó	Aragó
Extremadura	Madrid	3
Galícia	País Basc	Canàries
	Navarra	Castella-la Manxa

Salut

Factors	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Qualitat i dotació del sistema sanitari	-1,08	0,25	-0,31
Qualitat i dotació dels hospitals	-0,74	-0,12	0,72
Saturació centres hospitalaris	1,66	-0,32	0,27
Drogodependències i marginalitat	0,07	-0,33	1,01

Les comunitats del grup 1 es caracteritzen per la baixa qualitat i dotació del sistema sanitari i per la saturació dels hospitals. En el grup 2 s'hi inclouen les comunitats amb una millor qualitat i dotació del sistema sanitari, amb menys problemes de saturació hospitalària i amb poca incidència de situacions de drogodependència i marginalitat. En el tercer grup hi ha les comunitats amb millors hospitals però, també, amb més problemes de drogodependències i marginalitat.

Grup de pertinença de cada comunitat autònoma

1991-1995	1996-2000	2001-2005
1	2	1
C. Valenciana	Extremadura	Castella i Lleó
Extremadura	Galícia	Cantàbria
Galícia	Madrid	2
2	Andalusia	Madrid
Andalusia	Aragó	Andalusia
Aragó	Astúries	Aragó
Astúries	Cantàbria	Astúries
Cantàbria	Balears	La Rioja
Balears	Canàries	Balears
Canàries	País Basc	Canàries
País Basc	Castella i Lleó	País Basc
Castella-la Manxa	Múrcia	Extremadura
Catalunya	Navarra	Múrcia
La Rioja	3	C. Valenciana
3	Catalunya	Catalunya
Madrid	C. Valenciana	3
Navarra	La Rioja	Navarra
Múrcia	Castella-la Manxa	Galícia
Castella i Lleó		Castella-la Manxa

Economia i Habitatge

Factors	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Creixement econòmic	-0,59	0,92	-0,49
Urbanització	-0,88	0,05	0,94
Recursos naturals i riquesa	-0,27	-0,14	0,48
Expansió del sector immobiliari	-0,75	0,94	-0,34

En el primer grup hi trobem les comunitats autònomes amb menor creixement econòmic, menor grau d'urbanització, menys recursos naturals i riquesa, i menor expansió del sector immobiliari. En el segon grup hi ha les comunitats amb major creixement econòmic i major expansió del sector immobiliari. Finalment, el tercer grup engloba aquelles comunitats amb un major grau d'urbanització i major riquesa i recursos naturals.

Grup de pertinença de cada comunitat autònoma

1991-1995	1996-2000	2001-2005
1	1	1
Andalusia	Múrcia	Andalusia
Madrid	Cantàbria	Cantàbria
Aragó	Aragó	2
Balears	Astúries	Aragó
Canàries	Canàries	Canàries
Castella i Lleó	Navarra	Extremadura
Castella-la Manxa	País Basc	Castella-la Manxa
2	La Rioja	3
Múrcia	2	Múrcia
Navarra	Madrid	Madrid
Astúries	Balears	Balears
Cantàbria	Castella i Lleó	Castella i Lleó
Extremadura	Andalusia	Navarra
Galícia	Galícia	Galícia
Catalunya	Catalunya	Catalunya
C. Valenciana	C. Valenciana	C. Valenciana
3	3	Astúries
País Basc	Castella-la Manxa	País Basc
La Rioja	Extremadura	La Rioja

Educació

Factors	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Qualitat del sistema educatiu	-1,00	0,60	0,59
Extensió del sistema educatiu públic	0,01	-0,91	0,90

Les comunitats del primer grup destaquen per la baixa qualitat del sistema educatiu; les del segon grup, per una elevada qualitat però una baixa extensió de la xarxa escolar pública; i les del tercer grup combinen una elevada qualitat del sistema amb una elevada extensió de la xarxa pública.

Grup de pertinença de cada comunitat autònoma

1991-1995	1996-2000	2001-2005
1	1	1
Andalusia	Castella-la Manxa	Astúries
Aragó	Aragó	Cantàbria
Madrid	Múrcia	Navarra
Extremadura	Extremadura	2
Galícia	Galícia	Galícia
Balears	Canàries	Canàries
Castella i Lleó	La Rioja	La Rioja
C. Valenciana	2	Extremadura
País Basc	C. Valenciana	C. Valenciana
2	Andalusia	Múrcia
Cantàbria	Catalunya	Catalunya
Canàries	3	País Basc
La Rioja	Balears	Balears
3	Castella i Lleó	Madrid
Múrcia	Madrid	3
Navarra	País Basc	Castella i Lleó
Astúries	Astúries	Andalusia
Castella-la Manxa	Navarra	Castella-la Manxa
Catalunya	Cantàbria	Aragó

Gent gran

Factors	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Nivell d'atenció a les persones ancianes	-1,32	0,08	0,91
Cobertura de la seguretat social	0,46	-0,62	1,11

Les comunitats del primer grup destaquen pel baix nivell d'atenció a les persones ancianes i les del segon grup pel baix nivell de cobertura de la seguretat social que tenen aquestes persones. Les comunitats del tercer grup són les que millor atenen les necessitats de la gent gran i en què aquestes tenen una millor cobertura de la seguretat social.

Grup de pertinença de cada comunitat autònoma

1991-1995	1996-2000	2001-2005
1	1	1
Cantàbria	Balears	La Rioja
Extremadura	Madrid	2
C. Valenciana	C. Valenciana	C. Valenciana
Galícia	Galícia	Galícia
Catalunya	2	País Basc
2	Catalunya	Catalunya
Balears	Andalusia	Andalusia
Canàries	Aragó	Aragó
Castella i Lleó	Astúries	Astúries
Castella-la Manxa	Castella-la Manxa	Castella-la Manxa
País Basc	Extremadura	Extremadura
La Rioja	La Rioja	Navarra
3	Cantàbria	Madrid
Andalusia	3	Balears
Aragó	Castella i Lleó	Castella i Lleó
Madrid	Canàries	Canàries
Múrcia	Múrcia	Múrcia
Navarra	Navarra	3
Astúries	País Basc	Cantàbria

Seguretat i Justícia

Factors	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Eficàcia de les polítiques de seguretat i justícia	-0,61	1,33	-0,17
Violència de gènere	0,54	0,05	-0,67

En el primer grup hi ha les comunitats que presenten indicadors més negatius: baixa eficàcia en les polítiques de seguretat i justícia i elevat nivell de violència de gènere. En les comunitats del segon grup és on les polítiques de seguretat i la justícia són més eficients. Les comunitats del tercer grup es situen en un nivell intermedi entre les del dos primers grups pel que fa a l'eficàcia de les polítiques de seguretat i de justícia, però destaca per la baixa incidència dels problemes de violència de gènere.

Grup de pertinença de cada comunitat autònoma

1991-1995	1996-2000	2001-2005
1	1	1
Cantàbria	Andalusia	País Basc
Canàries	Balears	Navarra
Castella i Lleó	Astúries	Aragó
Castella-la Manxa	Castella-la Manxa	Múrcia
Catalunya	Catalunya	Catalunya
2	La Rioja	La Rioja
Aragó	C. Valenciana	Extremadura
Múrcia	2	Galícia
Navarra	Madrid	Madrid
Astúries	3	2
Extremadura	Extremadura	Astúries
Galícia	Galícia	Balears
C. Valenciana	Castella i Lleó	Canàries
3	Cantàbria	Castella-la Manxa
Andalusia	Múrcia	3
Madrid	Navarra	Cantàbria
Balears	Canàries	Castella i Lleó
País Basc	País Basc	C. Valenciana
La Rioja	Aragó	Andalusia

Població estrangera

Factors	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Volum de població estrangera	-0,48	1,95	0,63

Com que en aquest cas disposem d'un únic factor per fer l'anàlisi, els tres grups resultants corresponen a les comunitats que tenen un major volum de població estrangera (grup 2), un menor volum (grup 1) i les que tenen un volum intermedi (grup 3).

Grup de pertinença de cada comunitat autònoma

1991-1995	1996-2000	2001-2005
1	1	1
Catalunya	Catalunya	Astúries
Galícia	Galícia	Extremadura
Madrid	Andalusia	Galícia
Andalusia	Navarra	País Basc
Navarra	Canàries	2
Canàries	Castella-la Manxa	Catalunya
Castella-la Manxa	Extremadura	C. Valenciana
Extremadura	La Rioja	Madrid
La Rioja	C. Valenciana	Múrcia
C. Valenciana	Castella i Lleó	La Rioja
Castella i Lleó	Cantàbria	Balears
Cantàbria	Balears	3
Balears	País Basc	Andalusia
País Basc	Aragó	Aragó
Múrcia	Astúries	Canàries
Aragó	3	Cantàbria
Astúries	Madrid	Castella i Lleó
	Múrcia	Castella-la Manxa
		Navarra

4.

LA DIMENSIÓ SIMBÒLICA DE LES POLÍTIQUES EDUCATIVES AUTONÒMIQUES: CONVERGÈNCIES I DIVERGÈNCIES

Miquel Àngel Alegre, Xènia Chela i Sheila González

4.1. Introducció

L'àmbit educatiu ha estat objecte de contínues revisions i modificacions des de la instauració –amb l'aprovació de la Constitució espanyola (1978)– de l'actual marc polític i administratiu. Aquestes revisions i modificacions han girat entorn de diversos aspectes, essent d'especial rellevància la distribució de competències en matèria educativa entre l'administració general de l'Estat i les 17 administracions autonòmiques. L'article 27 de la Constitució espanyola reconeix el dret a l'educació, garantint la seva igual aplicació en tot el territori espanyol per mitjà de l'atorgament de la competència exclusiva a l'Estat en la "regulació de les condicions d'obtenció, expedició i homologació de títols acadèmics i professionals i normes bàsiques per al desenvolupament de l'article 27 de la CE" (article 149.1.30).

L'article 149.3 estableix que totes aquelles matèries que no han estat atribuïdes en exclusiva a l'Estat poden ser assumides per les comunitats autònomes, d'acord a allò recollit en el seus respectius estatuts d'autonomia. Les comunitats autònomes que van accedir a l'autonomia per l'anomenada via ràpida i, conseqüentment, van assolir ja inicialment el sostre competencial (Andalusia, Canàries, Catalunya, Comunitat Valenciana, Galícia i País Basc) assumiren a principis dels anys vuitanta les competències plenes en matèria educativa no universitària. Anys més tard (1990) i, de forma atípica, l'Estat va transferir a Navarra aquelles competències educatives assumibles per les comunitats autònomes. D'aquesta forma, durant la primera dècada de la democràcia es distingia entre un territori de gestió directa del Ministeri d'Educació i Cultura (territori MEC) i les comunitats autònomes que exercien les seves competències en matèria educativa; al marge que el Govern Central exercís les seves competències exclusives i desenvolupés normativa bàsica amb vigència a tot l'Estat.

L'aprovació de la Llei Orgànica 9/1992 del 23 de desembre marcà l'inici d'un nou procés de transferència de competències que culminaria l'any 1999 amb la desaparició del territori MEC i l'assumpció per part de totes les comunitats autònomes (a excepció de les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla) de les competències en matèria educativa no universitària per mitjà de la reforma dels seus respectius estatuts d'autonomia. Des de l'any 2000, doncs, el paper de l'Estat queda circumscrit a l'elaboració de normes bàsiques (LODE 1985, LOGSE 1990, LOCE 2002 i LOE 2006) i la regulació de les acreditacions i homologacions que garanteixin la igualtat de tots els ciutadans en tot el territori, essent competència autonòmica la gestió directa de l'àmbit educatiu no universitari.

En definitiva, ens trobem amb diferents trajectòries i ritmes d'accés a un marc de competències plenes en matèria de política educativa. L'objectiu central d'aquest capítol rau a donar compte de la mesura en què les legislacions autonòmiques més rellevants en aquesta matèria elaboren els paràmetres de sentit dels camps educa-

tius que afronten, així com l'accés als drets que reconeixen, valorant l'existència de possibles diferències entre els corresponents marcs de referència de les diverses CA.

4.2. Enmarcament de l'estudi

L'objecte d'aquest capítol es justifica en base a la importància dels denominats 'marcs interpretatius' (*policy frames*) que les diferents produccions normatives estudiades sostenen en la formulació d'aquells aspectes relacionats amb l'educació als quals s'adrecen. D'acord amb Verloo (2005), un 'marc interpretatiu' de política és "*un principio de organización que transforma la información fragmentaria o casual en un problema político estructurado y significativo, en el que se incluye, implícita o explícitamente, una solución*" (citat per Bustelo i Lombardo, 2007: 4). En altres paraules, es pot entendre que aquests marcs referencials construeixen la problemàtica en qüestió, signifiquen i donen visibilitat als àmbits i continguts sobre els quals es dirigeix el debat, legitimen els valors que han d'orientar l'actuació; en definitiva, de forma més o menys explícita, representen i organitzen discursivament l'objecte d'atenció. És en aquest sentit que la perspectiva d'anàlisi dels *policy frames* manté una estreta relació amb la literatura sobre la constitució de l'agenda política (Cobb i Elder, 1983; Aquilar, 1996). No en va, ens movem en el terreny de la construcció estratègica i legitimació de problemes específics d'ordre polític.

La tesi subjacent a aquests arguments subratlla que les formes i continguts dels *policy frames* dominants en un determinat camp marquen, de manera més o menys diàfana, el desenvolupament de les intervencions polítiques relacionades amb aquest camp. És des d'aquest punt de vista que aquest enfocament revesteix un interès particular quan es tracta d'abordar el sentit i mesura en què la descentralització competencial pot haver propiciat uns escenaris autonòmics de política educativa més o menys diversos. Es tracta, doncs, d'examinar les possibles dissonàncies que puguin existir entre els marcs interpretatius autonòmics referents a les diferents polítiques educatives aquí considerades, així com entre aquests i el marc interpretatiu estatal. Al cap i a la fi, i d'acord amb la tesi esmentada, la possible existència de diferències a aquest nivell obriria la porta a desenvolupaments i implementacions polítiques igualment diverses.

Convé en tot cas remarcar que l'anàlisi aquí proposada es desenvolupa exclusivament atenent al marc legislatiu autonòmic de caràcter general relacionat amb alguns dels principals camps de la política educativa. En aquest sentit, parlariem dels signíficats d'uns marcs interpretatius de referència estrictament normativa. Més concretament, ens fixarem en la constitució de l'agenda política relativa a dos grans esferes de la política educativa: 1) aquella que cobreix les diferents etapes de l'educació reglada no universitària (primària, secundària obligatòria i postobligatòria); és el que anomenem el '*mainstream* escolar'; 2) aquella que engloba diferents camps de

l'educació fora d'aquest *mainstream*: educació de 0-3 anys, educació de persones adultes, i educació més enllà de l'escola. Si bé les lògiques interpretatives resseguides en relació a cadascun d'aquests camps s'adeqüen a les especificitats dels seus respectius marcs de significació, les preguntes que ens formulen tracten de donar compte de dos aspectes generals: a) quins són els paràmetres generals a partir dels quals es defineixen els principals conceptes involucrats en els diferents camps; b) com es delimita l'abast del dret al gaudi dels recursos o beneficis associats a aquests conceptes.

Com a fonts legislatives de referència han estat considerades, prioritàriament, les lleis autonòmiques d'educació; quan s'ha tractat d'indagar en aquells camps no tan directament vinculats al sistema educatiu formal (cas de l'educació d'adults, de l'educació infantil o dels plans d'educació més enllà de l'escola), s'ha parat atenció, en cas d'existir, a diferents textos normatius de caràcter més específic. En l'annex d'aquest capítol queden anotades les fonts legislatives estudiades per a cadascuna de les CA.

4.2.1. En el marc del *mainstream* escolar

No és quelcom que correspongui a aquest capítol corroborar la importància de l'educació formal reglada com a factor d'igualació d'oportunitats, de mobilitat social i cohesió social. Efectivament, ha estat més que demostrat que les acreditacions que s'obtenen al llarg de l'itinerari acadèmic tenen una traducció, si bé no directa ni immediata, en termes de possibilitats d'accessibilitat al mercat laboral (Salvadó, 2005); alhora que els aprenentatges que s'hi obtenen, ja siguin competencials o més estrictament substantius, constitueixen eines per al desenvolupament personal i la participació en la vida social (Coll, 2007).

Sembla clar que la finalització de l'escolarització obligatòria representa un dels primers i principals punts d'inflexió en les trajectòries socioeducatives dels i les adolescents. Així s'entén que sigui habitual associar la noció de "fracàs escolar" al fet de finalitzar el pas per l'ESO sense assolir la corresponent acreditació. En els darrers temps, les preocupants xifres d'aquest fracàs escolar existents a casa nostra, juntament amb el baix resultat obtingut pels alumnes catalans i espanyols en algunes proves de competències establertes a nivell internacionals (essent-ne exemple paradigmàtic els resultats de les diferents onades del PISA), han obert un profund debat sobre la qualitat i l'eficàcia del nostre sistema educatiu, tant a l'etapa secundària com a l'educació primària. Paral·lelament, la constatació que els resultats de l'alumnat (espanyol i català), tant en termes de rendiment com d'acreditació, són marcadament desiguals i significativament atribuïbles a la seva extracció socioeconòmica i cultural –molt més del que ho són en la majoria de països europeus– (OCDE, 2007; MEC, 2007), ha situat en les primeres posicions de l'agenda política la preocupació per l'equitat educativa i les capacitats igualadores del sistema en el seu conjunt. Tot aquest conjunt de debats i preocupacions han estat traslladades a dos grans àmbits o camps d'actuació: les polítiques d'accés a l'educació, o més concre-

tament, les fórmules per equilibrar la composició dels centres escolars; les polítiques referides a l'organització dels dispositius pedagògics dins dels centres, des del debat sobre l'autonomia dels centres a l'adequació dels recursos d'atenció a la diversitat.

En bona mesura la Llei Orgànica 2/2006, del 3 de maig, d'Educació (en endavant LOE) planteja tant en el seu preàmbul com en el seu posterior articulat referències rellevants a aquest seguit de qüestions. Com veurem més endavant, es parla aquí d'estendre la qualitat de l'educació al conjunt de l'alumnat, de garantir l'equitat i la inclusió educativa, de l'accés en igualtat de condicions al sistema educatiu, de compensació de les desigualtats personals i socials de partida, de garantir una adequada i equilibrada escolarització de l'alumnat amb necessitats educatives específiques de suport educatiu, etc. I val a dir que en gran mesura la pràctica totalitat d'aquests vectors discursius són igualment reconeguts per –si no directament traslladats a– les produccions normatives marc de les diferents comunitats autònomes. En altres paraules, i segons comprovarem més endavant, sembla haver-se produït un procés evident de convergència discursiva, en el decurs del qual les diferents legislacions educatives autonòmiques han adequat els seus criteris de legitimació, àdhuc les seves fórmules semàntiques a les de la llei marc estatal.

4.2.2. Més enllà del *mainstream* escolar

En els darrers temps l'emmarcament polític i administratiu del concepte i la intervenció en l'àmbit de l'*ensenyament* ha tendit a obrir perspectives. En termes generals l'objecte de treball i reflexió es mou actualment de l'"*ensenyament* en sentit estricte" a l'"*educació* en sentit ampli" (Alegre, 2007). Un exemple evident d'aquest moviment el trobem en el rebatejament de moltes de les abans denominades Conselleries (àmbit autonòmic) o Regidories (àmbit municipal) d'Ensenyament, avui com a Conselleries o Regidories d'Educació.

És clar que els girs d'aquest emmarcament suposen alguna cosa més que una simple modificació nominal, suposa un eixamplament de l'objecte d'atenció. Podria, per exemple, fer-se referència a la proliferació de l'oferta de formació continuada ocorreguda els darrers cinc anys, o a l'espectacular increment del nombre d'alumnes inscrits en programes de màster, postgrau i cursos d'especialització. Podria també apuntar-se aquí la cada vegada més necessària adequació del conjunt de programes i cursos que formen part de la designada genèricament "formació de persones adultes". Tot plegat sobre la base de l'argument que la potenciació de processos formatius entre la població adulta (bàsics, superiors, d'actualització...) possibilita que aquesta pugui fer front amb majors garanties als reptes que plantegen determinades dinàmiques de canvi social, reduint el perill de caure en situacions de risc d'exclusió social (Massip, 2007).

I a l'altra banda de l'espectre etari, convindria localitzar també aquí el debat entorn dels valors formatius de l'educació dels 0 als 3 anys, un debat que ha situat la impor-

tància dels recursos i dispositius educatius per a aquest tram d'edat més enllà del tractament de la problemàtica de la conciliació d'horaris familiars. Des de diferents posicions, tant polítiques com acadèmiques (Tedesco, 2006; Esping Andersen, 2004 i 2006), s'ha insistit en la consideració del caràcter plenament educatiu d'aquesta fase (dels recursos públics i privats que s'hi aboquen), insistència que ha nodrit de nous arguments la demanda d'una xarxa pública de centres d'ensenyament infantil de primer cicle molt més àmplia del que ho és actualment, que permeti contribuir a reduir les desigualtats socioeducatives de partida entre els infants, facilitant alhora la participació en el mercat de treball dels progenitors.

En definitiva, el procés d'ensenyament s'eixampla en *sentit longitudinal*: cada vegada es fa més necessari formar-se al llarg de tota la vida, des dels seus inicis fins a edats més avançades. El ressò que a nivell polític ha tingut aquest eixamplament queda clarament il·lustrat en el progressiu traspàs de les competències relatives a l'educació 0-3 anys i a la formació d'adults cap a les corresponents Conselleries d'Educació, unes responsabilitats que fins fa pocs anys i en bona part de les CA s'inserien dins les Conselleries de Benestar o Família.

Però caldria significar alhora la transcendència d'un eixamplament diferent, d'una obertura de mires que podríem entendre que es produeix també en *sentit transversal*. També en termes genèrics, es concep que l'educació és quelcom més que allò que es produeix a l'escola, quelcom més que allò que es rep en un context d'ensenyament-aprenentatge formal i reglat amb objectius pedagògics i curriculars seqüenciats en vistes a l'adquisició de titulacions oficialment reconegudes. Molt sintèticament, el marc actual ens situa davant de tots aquells aprenentatges (continguts, habilitats, valors...) que permeten les persones disposar d'eines i competències per entendre i moure's millor en el món en què vivim, al temps que recullen i reelaboren unes determinades herències o bagatges culturals acumulats. De fet, l'abast d'aquest viratge, si més no en el pla del discurs, no fa sinó que recuperar la definició "genuïna" d'allò que en termes generals entenem com a "educació", una definició que trobaria clares afinitats amb conceptes emmarcats en camps disciplinaris com els de la sociologia (noció de "socialització") o l'antropologia (noció d'"enculturació").

I si *educació* és quelcom que es desenvolupa més enllà de l'escola, aleshores representa que aquells organismes o instàncies polítiques competents en matèria educativa són també responsables, almenys en part, de l'orquestració d'aquells processos i recursos educatius extra-escolars que s'esdevenen en l'àmbit públic. Dit altrament, si educació no és només ensenyament (s'entén aquí, ensenyament escolar), aleshores cal orquestrar instruments que permetin visualitzar i posicionar el paper que desenvolupa la totalitat d'*agents educatius* pensables: famílies, entitats de diversa índole (cíviques i mercantilitzades), administracions públiques, mitjans de comunicació, grups d'amics, espais de lleure i oci. Programes d'actuació política com els Plans Educatius d'Entorn, els Projectes Educatius de Ciutat, els Projectes Educatius de Barri, les comunitats d'Aprenentatge... tenen com a premissa conceptual de partença aquest punt d'atenció.

Val a dir, no obstant, que aquests eixamplaments del concepte d'educació –longitudinal i transversal– no han impregnat en el mateix sentit i mesura l'esfera declarativa de les corresponents produccions normatives de les diferents CA. És objectiu d'aquest capítol donar compte de l'abast d'aquestes diferències.

4.3. Exploració empírica

4.3.1. En el marc del *mainstream* escolar

El marc referencial: LOE 2/2006

Tal i com hem vist en l'apartat introductori, la LOE 2006 fa seu el reconeixement constitucional del dret a l'educació, així com la concepció de l'educació com a servei públic reconegut a la LODE 1985. D'acord amb aquesta concepció, es garanteix l'accés a l'educació escolar per a tothom, sense cap distinció de classe, en condicions d'igualtat d'oportunitats.

Com a valors associats a la concepció d'aquest dret, en el seu Títol Preliminar (capítol 1), la LOE estableix dos principis d'especial rellevància: a) la qualitat de l'educació per a tot l'alumnat, independentment de les seves condicions i circumstàncies; b) l'equitat, que garanteixi la igualtat d'oportunitats, la inclusió educativa i la no discriminació, i que actuï com a element compensador de les desigualtats personals, culturals, econòmiques i socials, amb especial atenció a les que es deriven de situacions de discapacitat. Molt relacionat amb aquest segon principi, en el seu article 87 (Títol II "Equitat en l'Educació"), referent a l'equilibri en l'admissió d'alumnes, s'especifica que, amb la finalitat d'assegurar la qualitat educativa per a tots, la cohesió social i la igualtat d'oportunitats, les Administracions garantiran una adequada i equilibrada escolarització de l'alumnat amb necessitats educatives específiques de suport educatiu, podent establir fins al final del període de preinscripció i matrícula una reserva de places per a aquest alumnat als centres sostinguts amb fons públics.

Sobre la base de l'observança d'aquest conjunt de valors –qualitat, equitat, escolarització equilibrada–, l'article 84 situa el marc per a l'admissió d'alumnes en els centres públics i privats concertats. Es garanteix aquí el principi de lliure elecció de centre per part de pares o tutors, definint-se un seguit de criteris bàsics per prioritzar les sol·licituds de centre quan la seva oferta de places sigui inferior a la demanda rebuda. Aquests criteris prioritaris són: existència de germans matriculats al centre o de pares o tutors que hi treballin; proximitat del domicili o del lloc de treball dels pares o tutors; rendes anuals de la unitat familiar; famílies nombroses; concurrència de discapacitat en l'alumne, pares o germans. Les comunitats autònomes seran les encarregades d'elaborar la baremació d'aquests criteris i d'afegir aquells altres de caràcter complementari que considerin oportuns.

El cas de les comunitats autònomes

La taula 4.1 tracta de resumir les principals referències que les diferents regulacions autonòmiques fan a propòsit dels valors associats al dret general a l'educació i dels criteris de prioritització de l'accés als centres educatius.

Taula 4.1

Posicionament discursiu del dret i accés a l'educació dins el mainstream escolar

	Valors associats al dret a l'educació	Criteris d'accés als centres educatius
Andalusia (AND)	Garantir l'equitat del sistema educatiu, la igualtat efectiva d'oportunitats i la inclusió social. Reconeixement del dret del conjunt de l'alumnat a un ensenyament de qualitat. Garantir l'accessibilitat i permanència en el sistema educatiu del conjunt de l'alumnat, compensant els desavantatges personals, familiars, econòmiques, socials i culturals que puguin impedir l'exercici d'aquest dret. Vetllar per una distribució equilibrada de l'alumnat amb NEE (necessitats educatives específiques) entre els centres sostinguts amb fons públics, contemplant-se la possibilitat d'establir una reserva de places en els centres públics i concertats fins al final del període de matrícula.	Criteris generals: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del centre al domicili o al centre de treball dels pares; renda anual familiar (es mesura la renda per càpita i es puntua per trams); discapacitat de l'alumne pares o germans; família nombrosa o monoparental.
Aragó (ARA)	Assegurar el principi d'equitat com a garantia que tots els alumnes, independentment de les seves característiques personals i socials, accedeixen i reben una educació integradora. Reconeixement del dret de tot l'alumnat a rebre una educació de qualitat. Garantir el dret a l'accés a l'educació en condicions d'igualtat i la llibertat d'elecció de centre de les famílies. Garantir l'equilibri en l'escolarització de l'alumnat entre centres públics i concertats. Es podrà establir la reserva de places per a alumnat NEE en el procés d'admissió.	Criteris prioritaris: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del centre al domicili o al centre de treball dels pares; renda anual familiar (en funció de l'IPREM); discapacitat de l'alumne, pares o germans. Criteris complementaris: família nombrosa; malaltia crònica de l'alumne relacionada amb el sistema digestiu, endocrí o metabòlic.
Astúries (AST)	Garantir la funció educativa, social i integradora dels centres educatius públics i privats concertats. Vetllar per un procés d'admissió escolar en condicions d'igualtat per a tothom, basat en els principis de lliure elecció de centre, equitat, igualtat, integració i cohesió social, a més de l'establiment de mesures d'acció afirmativa. Planificar una distribució adequada i equilibrada de l'alumnat NEE entre els centres públics i privats concertats. Es reserven dues places per a alumnat NEE en el primer curs de cada etapa educativa.	Criteris generals: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del centre al domicili o al centre de treball dels pares; renda anual familiar (es mesura la renda per càpita i es puntua per trams); discapacitat; família nombrosa; malaltia crònica de l'alumne relacionada amb el sistema digestiu, endocrí o metabòlic.

(Continua)

(Continuació Taula 4.1)

Cantàbria (CAN)	Garantir una oferta educativa ajustada a la demanda que afavoreixi el dret d'elecció de centre dels pares i l'accés en condicions d'igualtat. Planificar una distribució equitativa de l'alumnat NEE entre els centres públics i els concertats, garantint un procés d'admissió en igualtats de condicions. Aquesta voluntat ha de ser compatible amb el dret de les famílies d'escollir centre. Potenciar la qualitat i equitat en el sistema educatiu. Es reserven dues places per a alumnat NEE per unitat a cada etapa educativa	Criteris generals: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del domicili o del centre de treball dels pares; renda anual familiar (en funció del salari mínim); discapacitat de l'infant i família nombrosa. Criteris complementaris: es valorarà la puntuació més alta dels criteris anteriors pel següent ordre: germans o pares al centre, proximitat del domicili o del centre de treball, i la renda anual familiar.
Castella i Lleó (CLL)	Igualtat d'oportunitats en l'accés a l'educació, contemplant-se el dret a la lliure elecció de centre. Garantir l'adequada i equilibrada distribució escolar del alumnat NEE.	Criteris generals: proximitat del centre al domicili; tenir germans al centre o pares que hi treballin; renda anual familiar (en funció dels membres de la família); discapacitat de l'alumne o dels pares; criteri a decidir per l'òrgan competent del centre.
Castella-la Manxa (CM)	Garantir l'accés a l'educació en condicions d'igualtat i la lliure elecció de centre per part de les famílies, assegurant l'adequada i equilibrada distribució escolar del alumnat NEE. Garantir a les famílies la lliure elecció de centre i l'accés en condicions d'igualtat, objectivitat i transparència. Es podrà establir la reserva de places per a alumnat NEE en el procés d'admissió.	Criteris generals: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del domicili; renda anual per càpita (inferior al salari mínim); discapacitat de l'alumne; família nombrosa.
Catalunya (CAT)	Garantir el dret a accedir en condicions d'igualtat al sistema educatiu. Respectar el dret de les famílies a l'elecció de centre en el marc de l'oferta educativa existent. Garantir una distribució adequada i equilibrada de l'alumnat amb NEE, reservant-se un mínim de dues places per grup a cada etapa educativa.	Criteris generals: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del domicili o lloc de treball dels pares; renda (percepció de rendes mínimes); discapacitat de l'alumne; pares o germans. Criteris complementaris: família nombrosa; malaltia crònica.
Extremadura (EXT)	Garantir el dret a l'educació mitjançant una adequada programació de places escolars. Conjugar el dret a la lliure elecció de centre amb la garantia d'una educació de qualitat per a tothom, els principis d'equitat, igualtat, integració, compensació i cohesió social, amb especial atenció a l'alumnat immigrant o de minories ètniques. Garantir una distribució equilibrada i adequada de l'alumnat NEE, reservant un mínim de dues places per grup durant el procés d'admissió.	Criteris generals: tenir germans o pares al centre; proximitat del domicili o del centre de treball; rendes anuals de la unitat familiar (tenint en compte si és família nombrosa); discapacitat de l'alumne, pares o germans.
Galícia (GAL)	Garantir el dret de les famílies a escollir qualsevol centre sostingut amb fons públics. Equilibrar la distribució de l'alumnat NEE, establint una reserva mínima del 15% de les places fins al final de la matriculació.	Criteris generals: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del domicili; renda anual; discapacitat de l'alumne; família nombrosa.

(Continua)

(Continuació Taula 4.1)

Illes Balears (IB)	Potenciar la capacitat del sistema educatiu d'actuar com element compensador de les desigualtats personals i socials, evolucionant cap a un model d'educació inclusiva. Fomentar la igualtat d'oportunitats, en conciliació amb la qualitat de l'educació i l'equitat. Respectar l'interès legítim de les famílies a l'elecció de centre; un interès que no ha de prevaler sobre la satisfacció de les necessitats d'escolarització i el foment de la cohesió social. Aportar els recursos necessaris per fer extensiu el dret individual a una educació de qualitat a l'alumnat en situació de desavantatge social.	Criteris generals: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del centre al domicili; renda anual familiar (tres trams); discapacitat. Criteris complementaris: família nombrosa; malaltia crònica; criteri a decidir per l'òrgan competent del centre.
Illes Canàries (IC)	Potenciar el sistema educatiu com a mecanisme de reducció de les desigualtats socials, econòmiques, culturals i d'origen. Augmentar la qualitat i l'excel·lència del sistema educatiu, estenent la cultura d'avaluació i de millora de l'eficiència. Possibilitar l'elecció de centre educatiu per tal de garantir el dret constitucional d'elecció de centre, ajudant els centres de titularitat privada que compleixen els requisits de concertació. Garantir una adequada i equilibrada escolarització de l'alumnat NEE entre els centres docents públics i privats concertats. Es podrà establir la reserva de places per a alumnat NEE en el procés d'admissió.	Criteris generals: tenir germans al centre; o pares que hi treballin; proximitat del domicili o lloc de treball; renda anual de la unitat familiar (puntuació segons els trams de la renda); discapacitat de l'alumne. Criteris complementaris: família nombrosa; criteri a decidir per l'òrgan competent del centre.
La Rioja (RIO)	Garantir el dret d'elecció de centre al mateix nivell que el dret a l'educació, en el marc de l'oferta de places públiques i privades concertades existents. Els centres sufragats amb fons públics hauran de procurar una igual proporció d'alumnat amb NEE i de minories en desavantatge social. Es podrà establir la reserva de places per a alumnat NEE en el procés d'admissió.	Criteris generals: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del domicili o del lloc de treball; renda anual de la unitat familiar (només puntuació en cas que sigui inferior al SMI); discapacitat de l'alumne. Criteris complementaris: família nombrosa; criteri a decidir per l'òrgan competent del centre.
Madrid (MAD)	Remet al reconeixement de drets establert a la Constitució, sense cap elaboració explícita específica. S'estableix una reserva de tres places per a alumnat NEE al 1r curs de primària, i de quatre al 1r curs d'ESO.	Criteris generals: tenir germans al centre o pares que hi treballin; proximitat del domicili; renda anual per càpita (tres trams); discapacitat de l'alumne. Criteris complementaris: família nombrosa; malaltia crònica; criteri a decidir per l'òrgan competent del centre.

(Continua)

(Continuació Taula 4.1)

Múrcia (MUR)	Garantir el dret a tenir una plaça en condicions d'igualtat i de gratuïtat. Reconeixement del dret de les famílies a escollir centre, sempre regint-se pels criteris legalment establerts. Garantir una distribució adequada i equilibrada entre els centres docents de l'alumnat NEE per tal de garantir la seva escolarització en les condicions més apropiades. Es podrà establir la reserva de places per a alumnat NEE en el procés d'admissió.	Criteris generals: proximitat del domicili o del lloc de treball dels pares; tenir germans en el centre; un dels pares treballa al centre; renda familiar; discapacitat de l'alumne, pares o germans. Criteris complementaris: família nombrosa; criteri a decidir per l'òrgan competent del centre.
Navarra (NAV)	Garantir la qualitat educativa, la cohesió social, la igualtat d'oportunitats, i assegurar una adequada i equilibrada escolarització de l'alumnat NEE. Es reserven dues places per a alumnat NEE en cada curs des del 2n cicle d'educació infantil.	Criteris generals: tenir germans en el centre o pares que hi treballen; proximitat del domicili o del lloc de treball; discapacitat de l'alumne o dels seus germans o pares; renda anual de la unitat familiar (puntuació segons tres trams de renda); família nombrosa; criteri a decidir per l'òrgan competent del centre.
País Basc (PB)	Garantir la possibilitat d'elecció de centre Garantir el principi d'igualtat, per superar les situacions de discriminació amb origen socioeconòmic i compensar les minusvalies. Procurar una distribució equilibrada de l'alumnat NEE entre els centres públics i privats concertats, en condicions que afavoreixin la seva inserció en el sistema educatiu. Es podrà establir la reserva de places per a alumnat NEE en el procés d'admissió.	Criteris generals: renda anual familiar (ponderada segons el nombre de membres de la família); proximitat del domicili o del centre de treball de la mare o del pare; tenir germans al centre; ser família nombrosa; tenir alguna discapacitat; ser soci/a cooperativista del centre. Criteris complementaris: es valorarà la puntuació més alta dels criteris anteriors pel següent ordre: germans al centre; proximitat del domicili o del centre de treball; discapacitat; família nombrosa; renda familiar anual; soci/a cooperativista del centre; criteri a decidir per l'òrgan competent del centre.
Comunitat Valenciana (VAL)	Prioritzar la llibertat d'elecció de centre docent del pare, la mare o el tutor legal de l'alumnat i la seua escolarització automàtica en el centre sol·licitat, en funció del nombre de places existent. Garantir una escolarització adequada i equilibrada de l'alumnat NEE educatiu, respectant la llibertat d'elecció de les famílies. Es podrà establir la reserva de places per a alumnat NEE en el procés d'admissió.	Criteris generals: tenir germans en el centre; proximitat del domicili o del centre de treball de la mare o del pare; pares o tutors treballant al centre; renda anual familiar (rendes inferiors al salari mínim); discapacitat de l'alumne; pares o germans; família nombrosa; esportista d'èlit; criteri a decidir per l'òrgan competent del centre.

4.3.2. Més enllà del *mainstream* escolar

El marc referencial: La LOE 2/2006

Educació 0-3 anys

En termes generals, la LOE recupera el sentit de l'educació infantil com a etapa única, de caràcter voluntari, i dividida en dos cicles, dels 0 als tres anys, i dels tres als sis anys. I en tot cas emfatitza el seu caràcter educatiu, sense explicitar-se cap referència al seu valor, en tant que instrument facilitador de la conciliació de la vida familiar i laboral. Així, en el seu article 12, s'esmenta que l'educació infantil constitueix una etapa educativa amb identitat pròpia, la finalitat de la qual és contribuir al desenvolupament físic, afectiu, social i intel·lectual dels infants; i en l'article 14 s'indica que el caràcter educatiu de l'un i l'altre cicle serà recollit per part dels centres que l'imparteixen en una proposta pedagògica específica.

Pel que fa a la naturalesa compensadora de desigualtats de l'educació infantil com a etapa única (ambdós cicles compresos), la LOE, en els seus articles 74 i 81, especifica que correspon a les administracions educatives promoure l'accés a aquesta etapa de l'alumnat amb necessitats educatives de suport educatiu, així com les condicions més favorables per a l'escolarització d'aquells infants les condicions personals dels quals representin una desigualtat inicial per accedir a l'educació bàsica i progressar en els nivells posteriors.

Educació de persones adultes

En el mateix Preàmbul de la LOE es concep la formació com un procés permanent que es desenvolupa al llarg de la vida. Sobre la base del reconeixement que la capacitat d'aprendre es manté al llarg dels anys i que les necessitats derivades dels canvis econòmics i socials obliguen els ciutadans a ampliar permanentment la seva formació, la LOE estableix, en el seu article 5, que totes les persones han de tenir la possibilitat de formar-se al llarg de la vida, dins i fora del sistema educatiu, amb la finalitat d'adquirir, actualitzar, completar i ampliar les seves capacitats, coneixements, habilitats, aptituds i competències per al seu desenvolupament personal i professional. S'especifica, a més, que el sistema educatiu té com a principi bàsic propiciar l'educació permanent.

Més enllà d'aquestes referències generals, la LOE dedica un capítol específic (IX) del seu Títol I a l'educació de persones adultes. Així, en l'article 67 es concreta que podran incorporar-se als diferents programes i serveis oficials d'educació de persones adultes la població de 18 anys o més, establint-se situacions d'excepcionalitat d'accés a aquests recursos per als joves de 16 a 18 anys. Pel que fa als objectius principals del conjunt d'aquests ensenyaments, en l'article 66 es detallen els següents: a) adquirir una formació bàsica, ampliar i renovar coneixements i habilitats, i facilitar l'accés a les diferents etapes del sistema educatiu; b) millorar la qualificació professional; c) desenvolupar les capacitats personals en els àmbits expressiu, comunicatiu i interpersonal; d) desenvolupar la capacitat de par-

ticipació en la vida social, cultural, política i econòmica, i fer efectiu el dret a la ciutadania activa; e) desenvolupar programes que de compensació per a aquells col·lectius més desfavorits; f) desenvolupar programes de formació per a la població de més edat; g) fomentar la igualtat efectiva de drets i oportunitats entre homes i dones.

Educació més enllà de l'escola

Són certament escasses les referències que la LOE fa en relació als valors de l'educació més enllà de l'escola. En bona mesura, convé atribuir aquesta ommissió al fet que es tracti d'una llei orgànica l'objecte bàsic de la qual és la regulació del sistema educatiu en sentit més estricte. Sigui com sigui, són bàsicament dues les referències que s'hi aporten, ambdues contemplades en el seu Preàmbul. En primer lloc, vèiem abans com s'explicita el dret de totes les persones a formar-se al llarg de la vida, tant dins com fora del sistema educatiu. En segona instància, en situar-se l'educació com un procés que requereix de la implicació col·lectiva, s'apunta que la participació de la comunitat educativa i l'esforç compartit que han de realitzar alumnes, famílies, professors, centres, administracions, institucions i la societat en el seu conjunt constitueixen el complement necessari per assegurar una educació de qualitat respectuosa amb els valors de l'equitat.

El cas de les comunitats autònomes

La taula 4.2 exposa els principals continguts valoratius dels marcs interpretatius d'aquelles polítiques autonòmiques referides a l'educació fora del *mainstream* escolar: educació 0-3 anys, educació de persones adultes, i educació i entorn.

Taula 4.2

Posicionament discursiu dels valors dels àmbits de l'educació fora del mainstream escolar

	Educació 0-3 anys	Educació d'adults	Educació i entorn
Andalusia (AND)	Reconeixement de l'educació infantil (0-6 anys) com a etapa educativa amb identitat pròpia. Concepció com a recurs educatiu amb un component fortament assistencial, adreçat en primer lloc a la conciliació de la vida familiar i laboral. Priorització de l'accés a infants en circumstàncies sociofamiliars excepcionals que ocasionin un greu risc per al menor (inclòs el cas de dones maltractades).	Reconeixement del dret constitucional a una educació permanent de caràcter compensatori. Àmbits: formació bàsica i accés als diferents nivells del sistema educatiu, qualificació professional, participació en la vida social, cultural, política i econòmica, compensació en competències específiques (llengua espanyola i TIC). Èmfasi en l'obtenció de titulacions oficials que permetin bé la continuïtat dels estudis reglats, bé la inserció laboral. Priorització de col·lectius desfavorits (baix nivell d'instrucció i discapacitats).	---

(Continua)

(Continuació Taula 4.2)

Aragó (ARA)	Reconeixement de l'educació infantil (0-6 anys) com a etapa educativa amb identitat pròpia. Èmfasi en el component educatiu de l'etapa, i com a instrument de conciliació de la vida familiar i laboral.	Concepció com a instrument que facilita la formació dels ciutadans per millorar i posar al dia la seva capacitat professional, contrarestant les tendències que agreugen la desigualtat i l'exclusió. Àmbits: formació bàsica i accés als diferents nivells del sistema educatiu, formació cap al món del treball, participació en la vida social, cultural, política i econòmica. Priorització de població amb necessitats de formació inicial i col·lectius en risc d'exclusió social, laboral o educativa.	Programa "Comunitats d'aprenentatge": implicació de diferents sectors educatius (centres, famílies i entitats), amb la finalitat que els alumnes assoleixin satisfactòriament els estudis d'ESO i puguin accedir a un lloc de treball o continuar amb els estudis.
Astúries (AST)	Consideració com a instrument per a l'estimulació educativa dels infants, i com a mecanisme compensador de desigualtats de partida. Plantejament com a recurs per a la conciliació laboral i familiar.	Àmbits: formació bàsica i accés als diferents nivells del sistema educatiu, qualificació professional, participació en la vida social, cultural, política i econòmica. Èmfasi en l'aprenentatge permanent, sobretot en la recuperació acadèmica.	Programa "Apertura de Centros": pretén impulsar la realització d'activitats extraescolars en els centres educatius, basades en l'aprofitament dels recursos naturals, socioculturals i tecnològics, tot amb la col·laboració de diferents institucions, agents socials, professorat i pares i mares. Programa "Asturias, Espacio Educativo": foment de projectes pedagògics que integrin diverses activitats curriculars, complementàries i extraescolars en el projecte educatiu del centre.
Cantàbria (CAN)	Plantejament d'aquesta etapa per tal de reduir les desigualtats socials, econòmiques i culturals de partida que pateixen alguns infants. Consideració del caràcter educatiu de l'etapa.	Es reconeix la seva contribució a eliminar els desequilibris i les desigualtats, alhora que aporta més benestar al conjunt de la societat. Àmbits: formació bàsica, formació per al món laboral, la formació i actualització cultural i social. Èmfasi en satisfer les necessitats formatives dels ciutadans i possibilitar la permanent adaptació a la vida social. Actuacions específiques per a col·lectius amb més dificultats: analfabets, problemes d'inserció laboral, immigrants, etc.	Programa "Apertura de centros/ Proyecto Municipio Educativo": treball conjunt de diferents agents socials, institucions, administració i de la ciutadania en general en un sentit educatiu en el desenvolupament de polítiques i actuacions que promoguin la qualitat de vida de les persones i el seu compromís amb la societat.

(Continua)

(Continuació Taula 4.2)

Castella i Lleó (CLL)	Èmfasi en el caràcter educatiu de l'etapa, mantenint-se la seva consideració com a instrument assistencial i de conciliació.	Promoció de la igualtat d'oportunitats, més enllà de la voluntat compensatòria Àmbits: formació bàsica, formació professional, desenvolupament personal i social. Priorització de l'educació bàsica (obtenció de titulacions reglades i alfabetització).	---
Castella-la Manxa (CM)	Referència a la necessitat d'adoptar les mesures oportunes que facilitin l'esforç que fan les famílies per conciliar la seva vida laboral i familiar.	Referència al dret a l'educació al llarg de la vida, i consideració com a mecanisme d'igualtat d'oportunitats, integració i cohesió social. Àmbits: formació bàsica i accés al sistema educatiu, formació orientada al món del treball, formació per a l'exercici de la ciutadania activa i la compensació educativa. Èmfasi en col·lectius desfavorits.	---
Catalunya (CAT)	Reconeixement de l'etapa com eminentment educativa, tot i que se li reconeix un paper assistencial i de conciliació de la vida laboral i familiar. Plantejament d'aquesta etapa per tal de reduir les desigualtats socials, econòmiques i culturals de partida que pateixen alguns infants.	Reconeixement de la importància de l'educació permanent. Àmbits: formació bàsica, formació laboral, cohesió i participació social. Èmfasi en la formació bàsica. Distinció entre educació d'adults i recuperació del fracàs escolar, que s'ha d'abordar des d'altres instàncies.	Programa de Plans Educatius d'Entorn, amb la implicació del conjunt dels actors institucionals i socials del territori, amb l'objectiu d'ampliar l'oferta de lleure, l'equitat en el seu ús i l'ús de la llengua catalana. Èmfasi en la compensació de desigualtats educatives, en el marc d'un pla de recursos que combina universalització i focalització
Extremadura (EXT)	Reconeixement del valor educatiu i de futur de l'etapa (desenvolupament integral) Èmfasi en el seu valor de compensació, fent referència a l'educació primerenca per prevenir el fracàs escolar i aconseguir l'equitat. Reconeixement de la seva importància en la facilitació de la continuïtat laboral dels pares i la incorporació de la dona al mercat de treball.	Reconeixement com a mitjà per garantir l'exercici de la ciutadania democràtica, responsable, lliure i crítica, i com a element indispensable per a la constitució de societats avançades, dinàmiques i justes, incidint a més de manera positiva en els resultats econòmics i socials d'un país. Àmbits: formació bàsica i obligatòria, actualització de coneixements, foment de la participació i la ciutadania activa.	---

(Continua)

(Continuació Taula 4.2)

Galícia (GAL)	Priorització de l'objectiu de la conciliació laboral. Etapa especialment adaptada a les diferents característiques dels infants.	Èmfasi en l'extensió del dret a l'educació al conjunt de la ciutadania. Àmbits: formació bàsica, formació professional, formació cultural. Promoció de la igualtat d'oportunitats, més enllà de la voluntat purament compensatòria o de segona oportunitat.	---
Illes Balears (IB)	Paper important en la conciliació de la vida familiar i laboral de les persones treballadores, orientant les noves necessitats de gestió del temps des de la convivència familiar com un temps educatiu. Referència a la necessitat d'assegurar una actuació preventiva i compensatòria per tal de garantir les condicions més idònies per a l'escolarització dels infants en situacions desfavorables.	Concepció de l'educació com un procés permanent que s'estén al llarg de la vida. Àmbits: formació bàsica i accés al sistema educatiu, qualificació professional, participació en la vida social, cultural política i econòmica.	---
Illes Canàries (IC)	Èmfasi en el caràcter educatiu de l'etapa. Protecció dels infants en situacions de marginació i compensació de desigualtats de partida Conciliació de la vida familiar i laboral, i promoció de condicions d'igualtat entre homes i dones en l'accés al món del treball.	Foment de l'aprenentatge al llarg de la vida com a instrument per aconseguir la igualtat i la cohesió social. Es vincula al dret constitucional d'aconseguir l'educació bàsica i obligatòria. Èmfasi en l'educació per a ajudar la incorporació de persones adultes i amb dificultats al mercat de treball i la seva participació en la vida social.	Foment d'activitats extraescolars i complementàries com a mecanisme per a la millora de la qualitat educativa i per al desenvolupament de valors relacionats amb la socialització, el respecte i la solidaritat.
La Rioja (RIO)	Referència a l'atenció eminentment assistencial de la infància.	Èmfasi en l'aprenentatge realitzat al llarg de la vida com a recurs per millorar els coneixements, les competències i les aptituds amb una perspectiva personal, cívica, social o relacionada amb el treball Objectius: realització personal, ciutadania activa, integració social, l'ocupabilitat i adaptabilitat.	---

(Continua)

(Continuació Taula 4.2)

Madrid (MAD)	Priorització de l'objectiu de la conciliació laboral. Es fa referència al valor educatiu de l'etapa d'acord amb els termes establerts per la LOE.	Referència al dret general a l'educació, i consideració com a mecanisme d'igualtat d'oportunitats Àmbits: formació bàsica, formació professional, formació sociocultural Èmfasi com a recurs per a col·lectius desfavorits.	Programes de compensatòria externa a la secundària (en l'àmbit del reforç acadèmic i l'acollida escolar), fora de l'horari lectiu i en col·laboració amb les AMPA i les entitats de l'entorn
Múrcia (MUR)	Enfocament basat en la importància de l'educació primerenca i la conciliació de la vida laboral i familiar. S'estableix una reserva de 2 places per a infants amb NEE.	Concepció de l'aprenentatge al llarg de la vida com a eina per adquirir, actualitzar, completar i ampliar les seves capacitats i coneixements per al seu desenvolupament personal, social i professional. Èmfasi en l'atenció preferent als sectors socials amb mancances i necessitats de formació bàsica amb dificultats per la seva inserció social i laboral. Àmbits: formació escolar, formació ocupacional i professional, atenció a minories ètniques, llengua espanyola i TIC, desenvolupament personal, comunitari i ciutadania activa.	Finançament autònom del projecte "Murcia Ciudad Educadora": pretén fomentar la participació de tots els sectors de la comunitat educativa en la vida dels centres escolars; afavorir la formació de les AMPA i de Federacions per a què col·laborin de forma activa en l'organització i gestió dels centres, amb la finalitat de millorar la qualitat educativa i donar suport a les activitats organitzades per les AMPA.
Navarra (NAV)	Consideració d'etapa educativa, compensadora de desigualtats personals, socials i culturals.	Concepció de l'aprenentatge al llarg de la vida com a eina d'adaptació als canvis constants en l'economia, la cultura i la societat, obtenir les qualificacions oficials i adquirir les capacitats, i poder participar així activament en la societat. Àmbits: formació bàsica, formació per al món laboral, i formació per al desenvolupament personal i la participació social i cultural.	---
País Basc (PB)	Priorització del recurs en zones de menor nivell socioeconòmic i per a alumnes amb NEE o necessitats de caràcter lingüístic. Reconeixement del valor educatiu de l'etapa.	Triple perspectiva: la formació continuada i d'adults com a contribució a l'economia del país, com a instrument d'inclusió social i com a foment de la ciutadania activa. Èmfasi com a recurs de segona oportunitat per a l'adquisició de l'educació bàsica, i dotar a les persones d'habilitats personals i professionals.	Programa "Comunitats d'aprenentatge": implicació de diferents sectors educatius (centres, famílies i entitats), amb la finalitat que els alumnes assoleixin satisfactòriament els estudis d'ESO i puguin accedir a un lloc de treball o continuar amb els estudis.

(Continua)

(Continuació Taula 4.2)

Comunitat Valenciana (VAL)	Regulació bàsicament educativa. El centre ha d'assumir el seu caràcter compensatori i integrador, ha de respectar les individualitats i admetre la diversitat..	Referència al dret general a l'educació, i consideració com a mecanisme de lluita contra la desigualtat. Èmfasi com a recurs per a col·lectius especialment desafavorits. Àmbits: formació bàsica i accés al sistema educatiu, formació ciutadana, formació cultural, formació ocupacional, formació orientada a la inserció i cohesió social	---
----------------------------	--	---	-----

4.4. Discussió

4.4.1. En el marc dels *mainstream* escolar

D'acord amb el que s'ha esmentat en l'apartat introductori, ha estat prou demostrada la importància de l'educació reglada –tant per les acreditacions que atorga com pels aprenentatges que propociona– com a factor d'igualació d'oportunitats laborals, mobilitat i inclusió social. Tanmateix, les elevades taxes de fracàs escolar existents al nostre país, el baix rendiment de l'alumnat de secundària en el marc de certes proves internacionals de competències, i les marcades desigualtats educatives existents entre els diferents col·lectius d'alumnes, han propiciat l'entrada en l'agenda de prioritats de les administracions educatives les preocupacions relacionades amb la qualitat, l'eficàcia i l'equitat del nostre sistema educatiu en el seu conjunt. Com vèiem més amunt, l'articulat de la LOE fa d'aquests eixos discursius els seus principals punts de recolzament discursiu. De retruc, i com no podria ser d'altra manera, el mateix exercici queda reflectit en les principals legislacions educatives de les CA, produint-se un procés evident de mimetització tant discursiva com semàntica.

Així, els principis relatius a l'extensió de la qualitat de l'educació al conjunt de l'alumnat, o al valor de l'equitat com a garantia d'igualtat d'oportunitats i compensació de desigualtats personals, culturals, econòmiques i socials (Capítol 1 del Títol Preliminar), són explícitament reconeguts (en la majoria dels casos emprant-se termes idèntics), per la totalitat de les lleis autonòmiques d'educació. I el mateix succeeix amb la referència a la necessitat d'assegurar un accés a l'educació en condicions d'igualtat i de garantir una adequada i equilibrada escolarització de l'alumnat amb necessitats educatives específiques de suport educatiu (article 87 de la LOE), així com amb el principi de lliure elecció de centre per part de pares o tutors legals.

Allà on s'observen més diferències entre CA és en el desenvolupament i procediments de baremació dels criteris generals que han de servir per prioritzar l'assignació de l'alumnat a aquells centres sobredemandats. D'una banda es comprova com en

algunes CA es fa ús del marge que fixa la LOE per aportar criteris prioritaris complementaris als generals que ella mateixa especifica. Aquestes són: Catalunya, Astúries, Balears i Aragó (que incorporen el criteri de malaltia crònica de l'alumne), País Basc (criteri de ser soci cooperativista del centre), Comunitat Valenciana (criteri de ser esportista d'elit). Algunes CA obren marge a la incorporació d'altres criteris a considerar i tenir en compte pels òrgans competents dels centres educatius: Balears, Canàries, Castella i Lleó, la Rioja, Madrid, Múrcia, Navarra, País Basc i Comunitat Valenciana. Finalment, determinades CA elaboren procediments complementaris a dur a terme en cas que l'aplicació dels criteris de prioritització continuïn resultant en situacions d'empat. Aquests procediments consisteixen a tornar a aplicar la baremació d'aquells criteris considerats més rellevants un per un i de forma successiva. Les CA que procedeixen en aquest sentit són: Canàries i País Basc.

Més enllà de la possible introducció de criteris (i procediments) de prioritització complementaris als establerts per la LOE, interessa tenir present la puntuació concreta que el procés de baremació atorga a cadascun d'ells. En efecte, aquesta és una potestat que recau directament en mans de l'administració educativa autonòmica. Per tal de contrastar l'abast real de l'argumentari discursiu acabat d'exposar, creiem convenient plantejar una comparativa entre les puntuacions que des de les diferents CA concedeixen als dos criteris que afecten al conjunt de les famílies: la proximitat (ja sigui del domicili o del lloc de treball) i la renda familiar. Val a dir que ambdós criteris s'associen a valors d'especial rellevància en el marc dels eixos discursius de les legislacions educatives estatal i autonòmiques; la proximitat com a eina d'afavoriment de la implicació dels agents educatius presents al territori, i l'extracció socioeconòmica com a variable a tenir present en el desplegament de les capacitats del sistema educatiu per compensar les desigualtats de partida a aquest nivell. La taula 4.3 mostra els resultats d'aquest exercici comparatiu. Més concretament, es presenten les puntuacions màximes atorgables en concepte d'ambdós criteris, així com el procediment específic fet servir per valorar els diferents nivells de renda familiar.

Es fa difícil interpretar la informació aportada en la taula 4.3 en clau d'importància atorgada a cada CA al criteri de renda. D'una banda, el número de punts concedits per a aquest criteri no són directament comparables entre els diferents casos. D'altra banda, convé considerar en tot cas el procediment resseguit per a la valoració de la renda; molt particularment si s'estableix un sistema de puntuació única (a partir d'un determinat llinar) o es contemplen diversos trams de renda amb dotació de puntuacions diferenciades. Així per exemple, si bé en CA com Catalunya o el País Basc sembla donar-se un pes significatiu al criteri econòmic (en el País Basc sobretot si es compara amb la màxima puntuació assignada al criteri de proximitat), a la pràctica poder disposar d'aquests punts passa per no superar un llinar mínim de renda força marginal (sobretot en el cas català, on tan sols en disposen els perceptors de rendes mínimes); altrament es perd tota possibilitat de rebre punts per aquest concepte.

Sigui com sigui, en termes generals podrien diferenciar-se tres agrupacions de CA en base al pes que té el criteri econòmic (sempre en relació al de la proximitat) en el

Taula 4.3

Puntuació i procediments de valoració referits al criteri prioritari de la renda

	Punts proximitat / Punts renda	Procediment de valoració de la renda
Andalusia (AND)	10 / 2	Quatre trams de renda, en funció de l'IPREM Puntuació màxima si renda per càpita $\leq$ IPREM/4
Aragó (ARA)	6 / 1	Puntuació única si renda familiar $\leq$ IPREM
Astúries (AST)	8 / 2	Quatre trams de renda en funció del SMI Puntuació màxima si renda per càpita $\leq$ SMI/4
Cantàbria (CAN)	4 / 1	Puntuació única si renda familiar $\leq$ SMI
Castella i Lleó (CLL)	5 / 0,5	Puntuació única si renda familiar $\leq$ IPREM
Castella-la Manxa (CM)	10 / 1	Puntuació única si renda familiar $\leq$ SMI
Catalunya (CAT)	30 / 10	Puntuació única per a beneficiaris de RMI
Extremadura (EXT)	8 / 2	Dos trams de renda, en funció de l'IPREM Puntuació màxima si renda familiar $\leq$ IPREM
Galícia (GAL)	5 / 3	Tres trams de renda, en funció de l'IPREM Puntuació màxima si renda familiar $\leq$ IPREM
Illes Balears (IB)	2 / 1,5	Tres trams de renda, en funció del SMI Puntuació màxima si renda familiar $\leq$ SMI
Illes Canàries (IC)	4 / 3	Tres trams de renda, en funció de l'IPREM Puntuació màxima si renda familiar $\leq$ IPREM
La Rioja (RIO)	5 / 0,5	Puntuació única si renda familiar $\leq$ SMI
Madrid (MAD)	4 / 2	Dos trams de renda, en funció del SMI Puntuació màxima si renda familiar $\leq$ SMI
Múrcia (MUR)	5 / 0,5	Puntuació única si renda familiar $\leq$ SMI
Navarra (NAV)	4 / 1,5	Dos trams de renda, en funció del SMI Puntuació màxima si renda familiar $\leq$ SMI
País Basc (PB)	5 / 3	Puntuació única si renda per càpita $\leq$ SMI/5
Comunitat Valenciana (VAL)	5 / 0,5	Puntuació única si renda familiar $\leq$ SMI

procés de baremació de les sol·licituds d'accés escolar. En un primer grup podríem situar aquelles CA. D'una banda assenyalaríem aquelles CA on la puntuació concedida al criteri de renda és força significativa en relació a la de la concedida al de proximitat, i on, al mateix temps, es diferencien diversos trams de renda, tots ells susceptibles de rebre puntuació: Canàries, Balears i Galícia. A l'altre extrem, ubicaríem aquelles CA on la puntuació màxima assolible en base al criteri econòmic és molt inferior als punts atorgables per motius de proximitat, i on, alhora, s'estableix un únic llindar que obre o tanca la possibilitat d'accedir a aquests punts: Aragó, Castella i Lleó, Castella-la Manxa, Rioja, Múrcia i Comunitat Valenciana. La resta de casos, genèricament, quedarien situats entre aquests dos extrems.

4.4.2. Més enllà del *mainstream* escolar

L'educació 0-3 anys

Queda clar que l'estat dels recursos destinats al primer cicle de l'educació infantil té un clar efecte sobre les possibilitats de conciliació d'horaris familiars-laborals-escolars. Des d'aquest punt de vista, l'ampliació de la xarxa d'escoles bressol pot facilitar la incorporació/presència en el mercat laboral dels membres adults de la unitat familiar. En qualsevol cas, que aquesta xarxa pugui representar un instrument compensador de desigualtats –en aquest cas, que possibiliti la incorporació al mercat de treball d'aquells pares-mares que més ho necessitin– dependrà de la seva vocació de servei públic, de la seva extensió en el territori, així com de la manera com es defineixin els seus criteris d'accés.

Al costat d'aquest argument, no obstant, algunes investigacions recents han posat de manifest la rellevància de l'educació infantil en el terreny de l'equitat educativa. Aquests estudis apunten que el desenvolupament cognitiu dels infants en els primers anys de vida té una incidència significativa en la seva futura trajectòria acadèmica. En aquest sentit, alguns autors constaten que una part de les desigualtats educatives s'originen abans de l'accés a l'educació universal (P3) ateses les diferències en els estímuls cognitius que reben els infants en funció del seu origen familiar. Esping-Andersen, per exemple, argumenta que el pas per una escola bressol de qualitat és especialment valuós en termes d'estímuls cognitius, motivació per aprendre i sociabilitat per als fills de famílies de renda baixa o amb un nivell d'educació baix, així com per als infants immigrants, als quals els estímuls rebuts durant la primera infantesa i l'adquisició del llenguatge els ajudaran a reduir o eliminar la distància existent amb els infants nadius en iniciar l'educació obligatòria (Esping-Andersen, 2006).

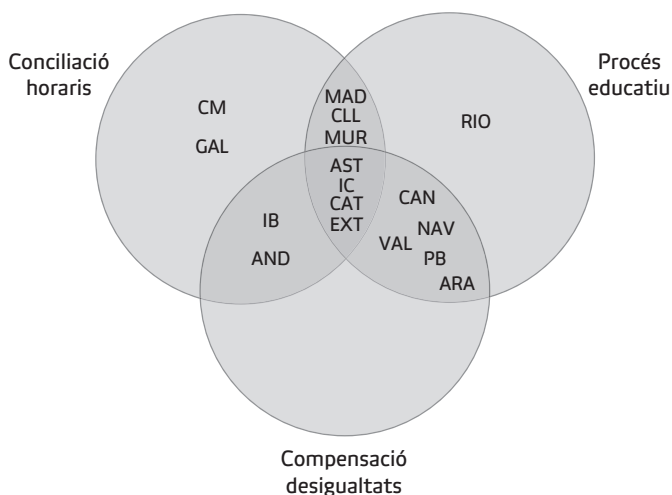
Aquest conjunt d'arguments són presents, en major o menor mesura, en bona part de la producció normativa desenvolupada en les diferents CA. Més concretament, un balanç general dels continguts declaratius de la legislació autonòmica estudiada (Estatuts, lleis generals i específiques, reglaments, etc.) permet identificar tres camps de referència discursiva força recurrents, elements de referència a partir dels quals es construeix la rellevància de l'etapa educativa 0-3 així com dels recursos que s'hi aboquen:

- L'escolarització 0-3 com a política de conciliació d'horaris, i per tant com a política eminentment familiar.
- L'escolarització 0-3 com a política educativa, i per tant com a recurs a nodrir de continguts i processos pedagògics.
- L'escolarització 0-3 com a política de compensació de desigualtats familiars (especial atenció a sectors de famílies desafavorides) i educatives (especial atenció a infants en situació de partida desigual), on l'abast i criteris de cobertura representen una preocupació de primer nivell.

En base a la indagació empírica resumida en la secció 3, podríem identificar les diferents CA d'acord amb el pes que en les seves respectives produccions normatives tenen les referències a cadascun d'aquests tres argumentaris. A risc de simplificar en excés, la figura 4.1 presenta gràficament el resultat d'aquest exercici.

Figura 4.1

Posicionament dels marcs interpretatius de les CA referents a l'educació 0-3 anys



L'educació de persones adultes

Tot i que des dels anys 70, la UNESCO, el Club de Roma i l'OCDE havien ja posat de manifest la importància de l'aprenentatge permanent, els seus plantejaments feien únicament referència a la necessitat de satisfer les demandes del nou sistema productiu sorgit de la vella societat industrial, equiparant les necessitats formatives a l'educació compensatòria o a la capacitat per a la inserció laboral. No va ser fins a la publicació de l'anomenat Informe Delors (Delors et al. 1996) que es fa un clar pas endavant en relacionar l'educació al llarg de la vida amb la universalització dels béns culturals i educatius del conjunt de la ciutadania. A partir d'aquest moment es generalitza la noció d'educació per a tothom, com a palanca per millorar permanentment la participació en el mercat laboral, per aprofundir en els nous coneixements científics, tecnològics i culturals, i per potenciar la participació ciutadana, per desenvolupar l'autorealització de les persones. En efecte, l'educació al llarg de la vida ha estat adoptat com a eix prioritari de la Unió Europea. Des de la cimera de Lisboa (2000) l'educació permanent és entesa com una estratègia clau per dinamitzar el pas de la societat industrial a la societat de la informació, com un instrument que ha d'afavorir l'equitat i la cohesió social posant al servei de les persones adultes aquells coneixements i competències necessaris per a la seva plena inclusió en unes societats canviants, carregades de complexitats i incerteses. Documents com el *Memoràndum*

sobre l'aprenentatge permanent (2000) o *Fer realitat un espai europeu d'aprenentatge permanent* (2001), ambdós de la Comissió Europea, donen compte de l'abast d'aquesta perspectiva.

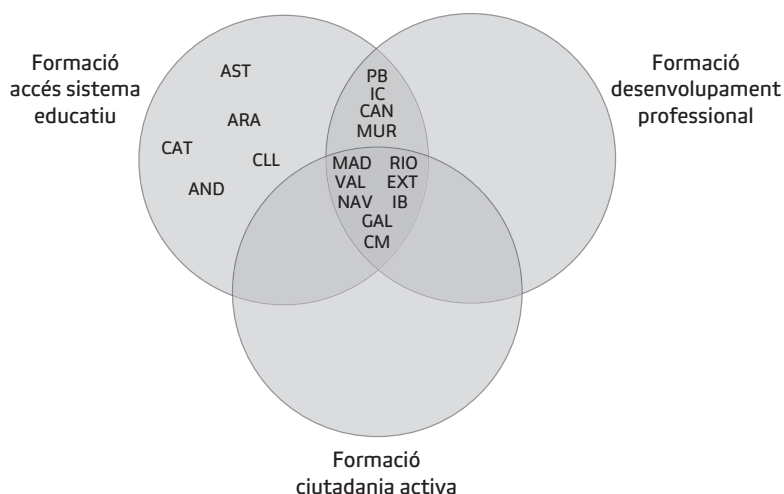
En base als principals paràmetres continguts en el marc d'aquesta perspectiva europea, i d'acord amb un balanç general dels valors discursius més rellevants presents en la legislació autonòmica analitzada, es detecten tres camps de referència centrals a partir dels quals es legitimen les actuacions necessàries al voltant de l'educació de persones adultes. Aquests són:

- La formació instrumental i la formació bàsica: per permetre l'accès de la persona adulta a tots els nivells de l'ensenyament reglat, fins a la universitat i a altres modalitats noves que puguin sorgir en el futur.
- La formació orientada a la inserció laboral i al desenvolupament professional.
- L'àrea de formació per al desenvolupament personal i social, afavorint l'exercici de la ciutadania activa i la participació cultural.

Val a dir que totes les CA, en els seus textos legals de referència, fan esment d'aquests tres camps d'atenció com a objectius generals de l'educació de persones adultes. Alhora, no obstant, és també cert que el pes relatiu que atorguen al desenvolupament de cadascun d'aquests tres argumentaris no és sempre el mateix. Fruit de l'exploració empírica recollida més amunt, la figura 4.2 presenta la posició ocupada per les CA d'acord amb l'èmfasi que les seves normatives donen als tres eixos referencials esmentats.

Figura 4.2

Posicionament dels marcs interpretatius de les CA referents a l'educació d'adults



L'educació i l'entorn

Fèiem abans referència a l'eixamplament "transversal" del mateix concepte d'educació. Els processos educatius van més enllà de l'estricta marc escolar, constatació que en els darrers temps ha responsabilitzat les Conselleries d'Educació de les diferents CA de l'elaboració de programes i projectes transversals i integrals adreçats al foment de l'educació (no reglada) a través de fórmules organitzatives basades en la implicació en xarxa de diferents actors educatius (centres, famílies, entitats de lleure...). Iniciatives com els Plans Educatius d'Entorn, els Projectes Educatius de Ciutat, els Projectes Educatius de Barri, les Comunitats d'Aprenentatge... es mouen clarament en aquesta línia. Sigui com sigui, val a dir que el procés de caracterització d'aquestes experiències no ha estat exempt de tot un seguit de debats que en darrella instància remetien a la sempre problemàtica qüestió de les prioritats; una qüestió que ineludiblement es relaciona amb la definició del model discursiu de fons d'aquestes experiències.

Efectivament, ens trobem davant d'un dilema vell company de viatge de les polítiques públiques, aquell que oposa els models d'actuació normalitzadors i els models de focalització. En termes generals, optar per una estratègia de focalització implica definir les característiques específiques de l'objecte que pot formar part del *target* de la intervenció (tipus o perfil de zones, d'una banda, i tipus i perfils d'actors participants i objecte d'intervenció, de l'altra). Bona part de les iniciatives de zonificació de l'actuació educativa (més enllà dels límits institucionals dels centres escolars) que ens trobem en l'àmbit europeu prioritzen el seu desenvolupament en aquelles àrees socialment i cultural més deprivades on es constaten uns nivells generals o específics de rendiment acadèmic sensiblement inferiors als de la mitjana nacional (i.e. les zones d'educació prioritària a França o Bèlgica). Aquestes pràctiques de "discriminació positiva" faciliten la ponderació objectiva de tot un seguit de criteris explícits de necessitat, alhora que permeten partir d'uns indicadors clars i útils per a la posterior avaluació objectiva dels impactes dels plans i intervencions implementats.

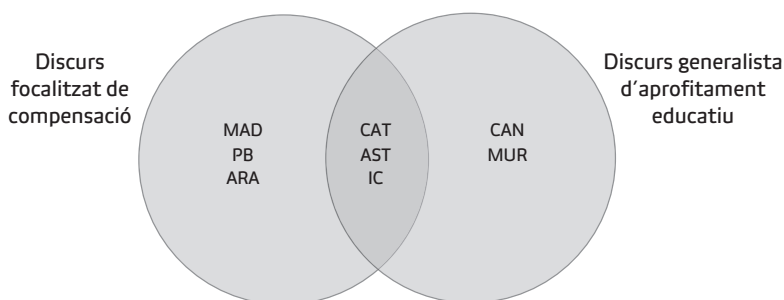
A l'altra banda de l'eix, aquelles opcions d'intervenció que, ja des del seu origen, són dissenyades com a estratègies universalitzadores permeten superar alguns dels "efectes perversos" atribuïbles a certs sistemes d'intervenció basats en l'especificitat. Un d'aquests efectes té a veure amb l'impacte dels processos d'estigmatització social de determinats entorns o col·lectius. Alhora, però, optar per estratègies tendents a la universalització pot suposar una equiparació dels recursos (en la seva forma i nivell de dotació) que acabi fent-los tant ineficients com insuficients per a aquells entorns que més els necessiten.

En gran mesura el desenvolupament de plans i programes d'educació més enllà de l'escola ha estat iniciativa dels governs locals. Aquests han acostumat a ser els encarregats d'emprendre'ls, dotar-los de contingut estratègic i, molt sovint, finançament, disposant de canals més o menys oberts a la participació d'altres agents socials i institucionals en les seves diferents fases de desplegament. De tota manera, algu-

nes CA, les seves Conselleries d'Educació, han fet seva la conveniència d'aquestes iniciatives i inclòs dins la seva agenda política referències més o menys específiques a la necessitat d'impulsar-les. Quan això ha estat així, les apostes resultants han hagut també de situar-se en el sí del continuum normalització – focalització. La figura 4.3 tracta d'il·lustrar com el posicionament discursiu d'aquelles CA que han optat explícitament per la incentivació programes concrets es dirimeix en el marc d'aquest continuum. Més específicament, apareix aquí l'oposició entre, d'una banda, aquelles referències a programes centrats en la compensació escolar d'aquells col·lectius amb majors necessitats, i de l'altra, aquells plans orientats a l'aprofitament general d'uns determinats espais o recursos educatius.

Figura 4.3

Posicionament dels marcs interpretatius de les CA referents a l'educació més enllà de l'escola



4.5. Conclusions

Hem tractat al llarg d'aquestes pàgines d'atançar-nos als marcs interpretatius subjacents a les legislacions autonòmiques referides a tot un seguit de camps relacionats amb la política educativa. L'objectiu ha estat el de rastrejar possibles dissonàncies existents entre aquests marcs autonòmics, així com entre aquests i el marc general estatal, fonamentalment atenent a dos dels seus eixos principals: els paràmetres bàsics definidors dels principals conceptes involucrats en els camps considerats, i l'abast del dret al gaudi dels recursos o beneficis associats a aquests conceptes.

Així, hem pogut constatar com, dins l'esfera de la política educativa que hem designat com a 'mainstream escolar', les divergències més significatives entre CA es produeixen en el procés de baremació d'aquells criteris que han de prioritzar l'accés als centres educatius quan aquests es troben sobre demandats. Més concretament, hem fet referència al valor atorgat al criteri de la renda en relació al de la proximitat, mostrant l'existència de dos grups de CA relativament contrastants en aquest ter-

reny: el grup d'aquelles on el pes del criteri econòmic té certa rellevància (Canàries, Balears i Galícia), i el d'aquelles altres on se li concedeix una puntuació mínima (Aragó, Castella i Lleó, Castella-la Manxa, Rioja, Múrcia i Comunitat Valenciana).

Pel que fa als camps situats fora del *mainstream* escolar, ens hem detingut en la caracterització dels marcs interpretatius relatius a les polítiques d'educació 0-3 anys, les polítiques d'educació de persones adultes, i les polítiques d'educació més enllà de l'escola. En referència al primer d'aquest camps, hem pogut distingir les diferents CA en funció dels valors que les seves principals legislacions associen a l'educació 0-3 anys. Algunes CA conceben aquesta educació com un recurs exclusivament educatiu (La Rioja); altres l'entenen com una eina exclusivament al servei de la conciliació d'horaris (Castella-la Manxa i Galícia), altres la posicionen en tant que instrument educatiu i de conciliació d'horaris (Castella i Lleó, Madrid i Múrcia), altres com a mecanisme educatiu i compensador de desigualtats (Aragó, Cantàbria, Navarra, Comunitat Valenciana i País Basc), altres com un dispositiu al servei de la conciliació d'horaris i la compensació de desigualtats (Andalusia i Balears), altres com una política que combina tots tres valors (Astúries, Canàries, Catalunya i Extremadura).

L'exercici d'anàlisi adreçat al camp de l'educació d'adults ha permès, així mateix, identificar diverses tendències discursives generals. Així algunes CA associen a aquesta educació un valor purament acadèmic (Andalusia, Aragó, Astúries, Catalunya i Castella i Lleó), mentre que d'altres hi afegeixen la importància dels seus valors professionalitzadors (País Basc, Canàries, Cantàbria i Múrcia) així com dels seus valors en el marc de l'exercici de la ciutadania activa (Extremadura, Madrid, la Rioja, Comunitat Valenciana, Navarra, Galícia, Balears, i Castella-la Manxa).

Finalment, en relació al tractament del camp de l'educació més enllà de l'escola, hem distingit els marcs interpretatius d'aquelles CA que disposen de producció normativa general a aquest nivell en funció del caràcter que s'atorga a les iniciatives contemplades: eminentment focalitzat en la compensació escolar (Aragó, Madrid i País Basc), eminentment generalista (Cantàbria i Múrcia), o integrador d'ambdues perspectives (Catalunya, Astúries i Canàries).

Malgrat tot, des del nostre punt de vista, convindria no sobrevalorar el pes relatiu del conjunt de les diferències detectades entre els marcs interpretatius autonòmics analitzats (de dins i fora del *mainstream* escolar). En la seva gran majoria reflecteixen dissonàncies de matís, moltes d'elles únicament constatables a través de l'estudi d'aquells textos normatius que representen ja un pas endavant en el desenvolupament polític específic dels diferents camps considerats. En canvi, els discursos més generalistes al voltant de cadascun d'ells s'emmarquen en unes línies discursives tendents a la homogeneïtat de sentit, fins i tot al mimetisme semàntic. Assenyalàvem, per exemple, com en el cas de les polítiques de *mainstream* escolar sembla haver-se produït un procés evident de convergència discursiva propiciat per la translació dels principals vectors interpretatius establerts per la LOE a les produccions normatives marc de les diferents comunitats autònomes. Per altra banda, vèiem com la pràctica

totalitat de les legislacions autonòmiques fa referència, en major o menor mesura segons el cas, als tres valors generals associats al concepte de l'educació 0-3 anys –educació, conciliació, compensació–; i assenyalàvem també com totes les CA fan esment en les seves legislacions educatives generals als tres àmbits generals de l'educació de persones adultes –escolar, professional, social–, àmbits que són a la base tant de la legislació estatal com de les directrius europees establertes en aquest nivell. I tot plegat, no es detecten homologies entre els posicionaments discursius de les CA a través dels diferents camps estudiats. Altrament dit, no pot parlar-se de grups de CA 'sòlids' que es comportin de manera similar a l'hora de situar-se en les diferents posicions establertes per a cada camp de la política educativa.

En resum, l'anàlisi de *policy frames* aquí presentada no permet derivar conclusions definitives i incontrovertibles en relació a l'objecte que aquí ens ocupa. La comparativa entre els diferents marcs interpretatius examinats ofereixen un panorama on sembla combinar-se una notable convergència en el nivell de major generalitat (definició de principis i reconeixement de drets), amb l'emergència de certes dissonàncies de matís a mesura que es descendeix cap al terreny de la definició de línies d'intervenció de caràcter més específic.

4.6. Bibliografia

Alegre, M.A., "Los retos de la corresponsabilidad en la política educativa", a Merino, A.; Plana, J. (Ed.), *La ciudad educa. Aportaciones para una política educativa local*, Barcelona: Serbal, 2007.

Aquilar, L.F. (1996), *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*, México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa.

Bustelo, M.; Lombardo, E. (2007), *El análisis de marcos interpretativos de política como herramienta para el análisis y evaluación de las políticas públicas*, Ponència presentada el VIII Congrés de l'AECPA, València, 18-20 de setembre.

Cobb, R.; Elder, C., *Participation in American Politics*, Baltimore, MD: John Hopkins University Press, 1983.

Coll, C. (Ed.), *Curriculum i Ciutadania. El què i el per a què de l'educació escolar*, Barcelona: Mediterrània, Col. Polítiques 57, 2007.

Esping-Andersen, G., *Unequal opportunities and the mechanisms of social inheritance*, a Corak, M. (Ed.), *Generational Income Mobility*, Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

—, "El doble avantatge de l'educació dels menors de tres anys", a Bonal, X. (Ed.), *L'estat de l'educació a Catalunya. Anuari 2005*, Barcelona: Editorial Mediterrània, 2006.

Massip, M., "Educació bàsica inicial i educació bàsica al llarg de la vida", a Coll, C. (Ed.), *Curriculum i Ciutadania. El què i el per a què de l'educació escolar*, Barcelona: Mediterrània, 2007.

Instituto de Evaluación, *Pisa 2006. Informe Español*, Madrid: MEC, 2007.

OCDE, *PISA 2006: Science competencies for tomorrow's world. Vol. 1: Analysis*, Paris: OECD, 2007.

Salvadó, A., "Treball", a AA.VV, *Informe sobre la joventut al 2005*, Barcelona: Secretaria General de Joventut, Col. Estudis 17, 2005.

Tedesco, J.C., "Igualtat d'oportunitats i política educativa", a Bonal, X.; Essomba, M.A.; Ferrer, F. (Ed.), *Política educativa i igualtat d'oportunitats*, Barcelona: Editorial Mediterrània, 2006.

Verloo, M., "Mainstreaming Gender Equality in Europe", a "Game Analysis Approach", *Greek Review of Social Research*, 117, 11-34, 2005.

4.7. Annex

Andalusia

- Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía.
- Decreto 53/2007 de admisión del alumnado.
- Orden, de 5 de març de 2008; Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Decreto 428/2008, de 29 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la educación infantil en Andalucía.
- Estatuto de Autonomía de Andalucía (2007).

Aragó

- Ley 16/2002, de 28 de junio, de educación permanente de Aragón.
- Decreto 32/2007, de 13 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la admisión de alumnos.
- Anteproyecto de ley de educación de aragón, Septiembre de 2008.
- Resolución de 29 de febrero de 2008, de la Dirección General de Administración Educativa, por la que se convoca el procedimiento de admisión de alumnos en guarderías infantiles dependientes de la Diputación General de Aragón.
- Estatuto de Autonomía de Aragón (2007).

Astúries

- Dictamen 37/2008. Proyecto de Decreto por el que se regula la ordenación y se establecen los contenidos educativos y el currículo de la educación infantil en el Principado de Asturias.
- Decreto 66/2007, de 14 de junio, por el que se regula la admisión del alumnado en centros docentes no universitarios públicos y privados concertados del Principado de Asturias.

- Decreto 56/2007, de 24 de mayo, por el que se regula la ordenación y establece el currículo de la Educación primaria en el Principado de Asturias.
- Decreto 85/2008, de 3 de septiembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de Educación Infantil en el Principado de Asturias.
- Resolución 24 de marzo de 2008, por la que se aprueban las normas por las que se rige el procedimiento de admisión del alumnado en centros docentes no universitarios públicos y privados concertados en el Principado de Asturias.
- Decreto 75/2008, de 6 de agosto, por el que se establece la ordenación y el currículo del Bachillerato en el Principado de Asturias.
- Resolución 24 de marzo de 2008, por la que se aprueban las normas por las que se rige el procedimiento de admisión del alumnado en centros docentes no universitarios públicos y privados concertados en el Principado de Asturias.
- Resolución de 29 de mayo de 2000, de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se regulan los Programas de Garantía Social en el Principado de Asturias.
- Resolución de 7 de mayo de 2007, de la Consejería de Educación y Ciencia, por la que se aprueban las bases que rigen el procedimiento de admisión y matriculación del alumnado de PGS en el Principado de Asturias.
- Resolución de 5 de Agosto de 2004 por la que se establece la convocatoria de proyectos pedagógicos y ayudas económicas correspondientes al Programa de Apertura de Centros a la Comunidad para el curso 2004/2005.
- Decreto 124/2002, de 3 d'octubre, por el que se crea la Red de Centros Públicos de Educación de Personas Adultas y los centros que la integran. Modificado por el Decreto 238/2007, de 31 de agosto.

Balears

- Ordre de la consellera d'Educació i Cultura de 10 d'abril de 2008 per la qual es regula el procés d'admissió i matriculació d'alumnes als centres de primer cicle d'educació infantil de titularitat pública per al curs 2008-2009.
- Ley Orgánica 1/2007, de 1 de marzo, por la cual se aprueba el Estatuto de Autonomía de las Illes Balears.
- Decret 60/2008 por el que se establecen los requisitos mínimos de los centros de primer ciclo de educación infantil.
- Decret 131/2008, de 28 de novembre, pel qual s'estableix i regula la xarxa d'escoles infantils públiques i els serveis per a l'educació de la primera infància de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears i es crea l'Institut per a l'Educació de la Primera Infància.
- *Decreto 67/2008, de 6 de junio, por el cual se establece la ordenación general de las enseñanzas de la educación infantil, la educación primaria y la educación secundaria obligatoria en las Islas Baleares.*
- Decret 71/2008 por el cual se establece el currículo de la educación infantil en las Islas Baleares.
- Decret 37/2008 de 4 de abril de 2008, por el cual se establece el régimen de admisión de alumnos en los centros sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

- Decret 125/2000, de 8 de setembre, pel qual s'estableix l'ordenació general dels ensenyaments de l'educació infantil, l'educació primària, i l'educació secundària obligatòria a les Illes Balears.
- Decret 82 /2008, de 25 de juliol, pel qual s'estableix l'estructura i el currículum del batxillerat a les Illes Balears.
- Decret 33 /2001, de 23 de febrer, pel qual s'estableix l'ordenació general dels ensenyaments de formació professional específica a les Illes Balears.
- Ordre de 22 d'abril de 2002 del conseller d'Educació i Cultura, per la qual es regulen els aspectes essencials dels programes de garantia social.
- Resolució de la Consellera d'Educació i Cultura de 10 de març de 2008 per la qual s'organitzen els programes de qualificació professional inicial a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears per al curs 2008/2009.
- Llei 4/2006 de 30 de marzo, de educación y formación permanentes de personas adultas de las Illes Balears.

Canàries

- Decreto 201/2008, de 30 de septiembre, por el que se establecen los contenidos educativos y los requisitos de los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 61/2007, de 26 de marzo, por el que se regula la admisión del alumnado de enseñanzas no universitarias en los centros docentes públicos y privados concertados de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 126/2007, de 24 de mayo, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 127/2007, de 24 de mayo, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Orden de 27 de marzo de 2007, por la que se desarrolla el procedimiento de admisión del alumnado en las enseñanzas no universitarias en los centros docentes públicos y privados concertados en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 202/2008, de 30 de septiembre, por el que se establece el currículo del Bachillerato en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Orden de 7 de julio de 2008, por la que se regulan los programas de cualificación profesional inicial en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Ley 13/2003, de 4 de abril, de Educación y Formación Permanente de Personas Adultas de Canarias (B.O.C. 79, de 25.4.2003).
- Orden de 10 de mayo de 1991, por la que se establece el contenido y los objetivos del Programa de Educación de Adultos en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Cantàbria

- Decreto 143/2007, de 31 de octubre, por el que se establecen los contenidos educativos del primer ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

- Decreto 27/2007, por el que se regula el procedimiento de admisión de alumnos en los centros públicos y centros privados concertados que imparten educación infantil, educación primaria o educación secundaria.
- Orden de 6 de julio de 2004 por la que se regula la oferta parcial de las Enseñanzas de FP específica en los Centros Docentes de Cantabria.
- Decreto 74/2008, de 31 de julio por el que se establece el Currículo del Bachillerato en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Orden EDU/50/2006, de 9 agosto de 2006, por la que se establecen las bases y se convocan subvenciones para el desarrollo de Programas de Garantía Social, en las modalidades de Iniciación Profesional, Formación-Empleo, Talleres Profesionales y para Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.
- Orden EDU/47/2005, de 27 de julio, por la que se regulan las enseñanzas no formales desarrolladas en los Centros de Educación de Personas Adultas dependientes de la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Decreto 96/2002, de 22 de agosto, por el que se establece el marco de actuación para la educación de personas adultas en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Castella i Lleó

- Decret 136/2003, de 27 de novembre, por el que se establecen las normas de financiación y condiciones generales para la creación y puesta en funcionamiento de centros dirigidos a la conciliación de la vida familiar y laboral.
- ORDEN EDU/721/2008 la que se regula la implantación, el desarrollo y la evaluación del segundo ciclo de la educación infantil en la Comunidad de Castilla y León.
- ORDEN EDU/1045/2007, de 12 de junio, por la que se regula la implantación y el desarrollo de la educación primaria en la Comunidad de Castilla y León.
- ORDEN EDU/184/2005 de 15 de febrero, por la que se desarrolla el proceso de admisión del alumnado en los centros docentes que impartan, sostenidas con fondos públicos, enseñanzas de Educación Infantil, Primaria, Secundaria Obligatoria y Bachillerato en la Comunidad de Castilla y León.
- Decret 8/2007, de 25 de enero, por el que se modifica el Decreto 17/2005, de 10 de febrero, por el que se regula la admisión del alumnado en centros docentes sostenidos con Fondos Públicos de la Comunidad de Castilla y León.
- Decret 17/2005, de 10 de febrero, por el que se regula la admisión del alumnado en centros docentes sostenidos con Fondos Públicos de la Comunidad de Castilla y León.
- ORDEN EDU/652/2007, de 3 de abril, por la que se resuelve la convocatoria de una beca para el estudio, formación y perfeccionamiento en temas relacionados con la gestión educativa.
- Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de Castilla y León, reformada por las leyes orgánicas 11/1994 y 4/1999 y por la ley 30/1997.
- Llei 3/2002, de 9 de abril, de Educación de Personas Adultas de Castilla y León.
- Decret 105/2004, de 7 de octubre, por el que se regula la ordenación general de las enseñanzas y centros de Educación de Personas Adultas.
- Ordre Edu 1666/2005, de 13 de diciembre, por la que se ordenan los niveles I y II de la enseñanza básica para personas adultas y se establece su currículo.

Castella-la Manxa

- Decreto 2/2007, de 16 de enero, de admisión del alumnado en los centros docentes públicos y privados concertados no universitarios de Castilla-La Mancha.
- Proyecto de Ley de Educación de Castilla-La Mancha.
- Ley 23/2002, de 21-11-2002, de Educación de Personas Adultas de Castilla-La Mancha.

Catalunya

- ORDRE d'11 de maig de 1983, per la qual s'aproven les orientacions educatives que han de regir les activitats en tots els centres assistencials i educatius que acullen infants fins a sis anys.
- Llei 5/2004, de 9 de juliol, de creació de llars d'infants de qualitat.
- Decret 282/2006, de 4 de juliol, pel qual es regulen el primer cicle de l'educació infantil i els requisits dels centres.
- REAL DECRETO 2809/1980, de 3 de Octubre, sobre Traspaso de Servicios del Estado a la Generalidad de Cataluña en materia de Enseñanza.
- Decret 75/2007, de 27 de març, pel qual s'estableix el procediment d'admissió de l'alumnat als centres en els ensenyaments sufragats amb fons públics.
- Projecte de Llei d'Educació de Catalunya.
- DECRET 142/2008, de 15 de juliol, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments del batxillerat.
- Pla General de Formació Professional a Catalunya 2007-2010.
- Estatut d'Autonomia de Catalunya.
- Llei 3/1991 de 18 de març, de formació d'adults.
- Llei d'Educació Permanent de Catalunya (en tràmit).

Comunitat Valenciana

- DECRET 37/2008, de 28 març, del Consell, pel qual s'establixen els continguts educatius del primer cicle de l'Educació Infantil a la Comunitat Valenciana.
- DECRET 33/2007, de 30 de març, del Consell, pel qual es regula l'accés als centres docents públics i privats concertats que impartixen ensenyaments de règim general.
- DECRET 33/2007, de 30 de març, del Consell, pel qual es regula l'accés als centres docents públics i privats concertats que impartixen ensenyaments de règim general.
- DECRET 112/2007, de 20 de juliol, del Consell, pel qual s'establix el currículum de l'Educació Secundària Obligatoria a la Comunitat Valenciana.
- DECRET 102/2008, d'11 de juliol, del Consell, pel qual s'estableix el currículum del batxillerat en la Comunitat Valenciana.
- DECRET 92/2005, de 13 de maig, del Consell de la Generalitat, pel que crea i regula l'Institut Valencià de Qualificacions Professionals.

- Decret 112/2007 de 20 de juliol, del Consell, pel qual s'establix el currículum de l'Educació Secundària Obligatòria a la Comunitat Valenciana.
- RESOLUCIÓ de 31 de juliol de 2008, de la directora general d'Avaluació, Innovació i Qualitat Educativa i de la Formació Professional per la que s'autoritza un programa experimental per a previndre i reduir l'absentisme i el fracàs escolar de l'alumnat en els centres educatius de secundària que s'especifiquen, durant el curs 2008-2009.
- ORDE de 15 de juliol de 2008 de la Conselleria d'Educació per la qual es convoquen ajudes econòmiques per a la realització de projectes d'intervenció i integració en coordinació amb les unitats d'Atenció i Intervenció adscrites al Pla de Prevenció de la Violència i Promoció de la Convivència als Centres Educatius.
- LEY 1/95, de 20 de enero, de la Generalitat Valenciana, de Formación de las Personas Adultas.

País Basc

- Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, Estatuto de Autonomía del País Vasco.
- Llei 1/1993, de 19 de febrer, de l'Escola Pública Basca.
- Decreto 297/2002, de 17 de diciembre por el que se regulan las Escuelas Infantiles para niños y niñas de cero a tres años en la Comunidad Autónoma del País Vasco durante los cursos 2002-2003 y 2003-2004.
- Decreto 35/2008, de 4 de marzo, por el que se regula la admisión de alumnado en los centros públicos y privados concertados de educación infantil, primaria, ESO, bachillerato i FP de grado medio y superior.
- Orden de 5 de marzo de 2008, del Consejero de Educación, Universidades e Investigación, que regula el procedimiento y calendario de matriculación en centros públicos y concertados de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria, para el curso 2008-09.
- Decreto 97/1997, de 29 de abril, por el que se establece la regulación del Bachillerato, las enseñanzas de Formación Profesional y las directrices sobre sus títulos, y se dispone su implantación.
- Decreto 175/2007, de 16 de octubre, por el que se establece el currículo de la Educación Básica y se implanta en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- Circular per la que es convoca als Centres Públics d'Educació Infantil, d'Educació Primària, d'Educació Secundària i Educació de Persones Adultes, per sol·licitar la realització d'un Projecte d'Innovació Educativa denominat: Comunidades de Aprendizaje, durante el curso 2007-2008.
- Orden de 31 de octubre de 2008, por la cual se establece el currículum específico de la Educación Básica para personas adultas. per la qual s'estableix el currículum específic de l'Educació Bàsica per a les persones adultes.

Extremadura

- Decreto 91/2008, de 9 de mayo, por el que se establecen los requisitos de los centros que impartan el primer ciclo de la Educación Infantil en la CA de Extremadura.

- Decreto 4/2008, de 11 de enero, por el que se aprueba el Currículo de Educación Infantil para la CA de Extremadura.
- Orden de 4 de febrero de 2008 por la que se regula el proceso de admisión del alumnado de Educación Infantil, Primaria, Secundaria Obligatoria y Bachillerato en centros sostenidos con fondos públicos para el curso escolar 2008-2009.
- Decreto 42/2007, de 6 de marzo, por el que se regula la admisión del alumnado en los Centros Docentes Públicos y Privados Concertados en la CA de Extremadura.
- Decreto 82/2007, de 24 de abril, por el que se establece el Currículo de Educación Primaria para la CA de Extremadura.
- Decreto 83/2007, de 24 de abril, por el que se establece el Currículo de Educación Secundaria Obligatoria para la CA de Extremadura.
- Decreto 115/2008, de 6 de junio, por el que se establece el currículo del Bachillerato en Extremadura.
- Resolución de 22 de abril de 2006, del Consejero de Economía y Trabajo y de la Consejera de Educación, por la que se aprueba el Plan de Cualificaciones y Formación Profesional de Extremadura.
- Orden de 16 de junio de 2008 por la que se regulan los Programas de Cualificación Profesional Inicial en la CA de Extremadura.
- Resolución de 25 abril de 2006, por la que se dispone la publicación del Acuerdo entre la Consejería de Educación y las organizaciones sindicales de la Enseñanza para la mejora de la calidad en la educación del siglo **xxi**.
- Decreto 191/2008, de 12 de septiembre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas iniciales de personas adultas en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Orden de 7 de junio de 2007 de admisión del alumnado en los centros de la Consejería de Educación que imparten determinadas enseñanzas dirigidas a personas adultas durante el curso académico 2007/2008.

Galicia

- Orden del 17 de marzo por la que se regula el procedimiento para la admisión del alumnado en el segundo ciclo de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria y bachillerato en centros docentes sostenidos con fondos públicos.
- Decreto 133/2007, de 5 de julio, por el que se regulan las enseñanzas de la educación secundaria obligatoria en la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Orde do 6 de setembro de 2007, la que se desarrolla la implantación de la educación secundaria obligatoria en la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Decret 30/2007, do 15 de marzo, polo que se regula a admisión do alumnado en centros docentes sostidos con fondos públicos que imparten as ensinanzas reguladas.
- Una Lei orgánica 2/2006, do 3 de maio, de educación.
- Decreto 126/2008, de 19 de junio, por el que se establece la ordenación y el currículo de bachillerato en la Comunidad Autónoma de Galicia.

- Orde do 13 de maio de 2008 pola que se regulan os programas de cualificación profesional inicial na Comunidade Autónoma de Galicia.
- Lei 9/1992, do 24 de xullo de educación e promoción de adultos.

La Rioja

- Decreto 7/2007, de 2 de marzo, sobre elección de centro, criterios de admisión de alumnos en centros no universitarios sostenidos con fondos públicos y acceso a determinadas enseñanzas
- Orden 8/2007, de 2 de abril, de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte, por la que se desarrolla el proceso de admisión de alumnos en centros docentes sostenidos con fondos públicos de segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Educación Especial.
- Decreto 26/2007, de 4 de mayo, por el que se establece el Currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Decreto 29/2002, de 17 de mayo, por el que se establece el Currículo de la Educación Secundaria Obligatoria.
- Decreto 25/2007, de 4 de mayo, por el que se establece el Currículo del Segundo Ciclo de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Orden 20/2008, de 25 de agosto, de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte por la que se organizan y regulan los programas de cualificación profesional inicial en la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Decreto 45/2008, de 27 de junio, por el que se establece el currículo de bachillerato de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Madrid

- Decreto 17/2008, de 6 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se desarrollan para la Comunidad de Madrid las enseñanzas de la Educación Infantil.
- Orden 1293/2008, sobre admisión de alumnos en Escuelas Infantiles de la Red Pública y centros sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Madrid para el curso escolar 2008/09.
- ORDEN 4265/2007, de 2 de agosto, de la Consejera de Educación, por la que se regula el programa de diversificación curricular en la Educación Secundaria Obligatoria de la Comunidad de Madrid.
- Orden 3320/2007, de 20 de junio por la que se regulan para la Comunidad de Madrid la implantación y la organización de la Educación Secundaria Obligatoria derivada de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- Orden 3347/2008, de 4 de julio, de la Consejería de Educación, por la que se regula la organización académica de las enseñanzas del Bachillerato derivado de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- ORDEN 1797/2008, de 7 de abril por la que se regulan la ordenación académica y la organización de los programas de cualificación profesional inicial que se imparten en centros educativos de la Comunidad de Madrid.

- Orden 3479/2000, de 5 de julio, de la Consejería de Educación, por la que se crean las Unidades Específicas de Formación e Inserción Laboral (UFILs) para jóvenes en la Comunidad de Madrid.
- Decreto 128/2001, de 2 de agosto de 2 de agosto, por el que se establece el marco de actuación para la educación de personas adultas en la Comunidad de Madrid.

Múrcia

- Orden de 3 de abril de 2006 que regula el procedimiento de admisión de niños/niñas en Centros de Educación Preescolar dependientes de la Consejería de Educación y Cultura.
- Decreto 254/2008, de 1 de agosto, por el que se establece el currículo del Segundo Ciclo de la Educación Infantil en la CA de la Región de Murcia.
- Decreto 286/2007 de 7 de septiembre, por el que se establece el currículo de la educación primaria en la CA de la Región de Murcia.
- Decreto 291/2007, de 14 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la CA de la Región de Murcia.
- Decreto 262/2008, de 5 de septiembre, por el que se establece el currículo del Bachillerato en la CA de la Región de Murcia.
- Orden de 29 de junio, de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se regula el régimen modular de la Formación Profesional Específica.
- Orden de 14 de julio de 2008, de la Consejería de Educación, Ciencia e Investigación, por la que se regulan los programas de cualificación profesional inicial en la CA de la Región de Murcia.
- Decreto 369/2007, de 30 de noviembre, por el que se regula el procedimiento para la admisión de alumnos en centros docentes sostenidos con fondos públicos de segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Navarra

- Resolución 48/2008, de 15 de febrero, el procedimiento de admisión para las escuelas Infantiles de titularidad municipal de primer ciclo de Educación Infantil, en el curso 2008/2009.
- Decreto Foral 28/2007, de 26 de marzo, por el que se regula el primer ciclo de educación infantil en la Comunidad Foral de Navarra.
- Decreto Foral 31/2007, de 2 de abril, por el que se regula la admisión del alumnado en los centros públicos y privados concertados de la Comunidad Foral de Navarra que imparten enseñanzas no universitarias.
- Decreto foral 25/2007, de 19 de marzo, por el que se establece el currículo de las enseñanzas de la educación secundaria obligatoria en la Comunidad Foral de Navarra.
- Orden foral 32/2007, de 23 de abril, del consejero de educación, por la que se aprueban las bases que rigen el procedimiento de admisión del alumnado para cursar enseñanzas de educación infantil y educación primaria en los centros sos-

tenidos con fondos públicos de la comunidad foral de navarra para el curso 2007-2008.

- Decreto Foral 23/2007, de 19 de marzo, por el que se establece el currículo de las enseñanzas del segundo ciclo de la Educación Infantil.
- Orden Foral 93/2008, de 13 de junio, del Consejero de Educación por la que se regula la atención a la diversidad en los centros educativos de Educación Infantil y Primaria y Educación Secundaria de la Comunidad Foral de Navarra.
- Decreto Foral 49/2008, de 12 de mayo, por el que se establecen la estructura y el currículo de las enseñanzas del bachillerato.
- Orden foral 33/2007, de 23 de abril, por la que se aprueban las bases que rigen el procedimiento de admisión del alumnado para cursar enseñanzas de ESO, BAT; y CFGM y CFGS (curso 2007-08).
- Decreto foral 54/2008, de 26 mayo, por el que se regula la ordenación y el desarrollo de la FP en el sistema educativo de la Comunidad Foral de Navarra.
- Decreto Foral 233/1999, de 21 de junio, por el que se regulan los programas específicos de garantía social en el ámbito territorial de la Comunidad Foral de Navarra.
- Ley Foral 19/2002, de 21 de juny, reguladora de l'educació de persones adultes.

5.

LA DIMENSIÓ SUBSTANTIVA DE LES POLÍTIQUES EDUCATIVES AUTONÒMIQUES: CONVERGÈNCIES I DIVERGÈNCIES

Miquel Àngel Alegre i Xènia Chela

5.1. Introducció

Hem dedicat l'apartat anterior a l'anàlisi dels marcs interpretatius (dimensió simbòlica) de les polítiques educatives que es contemplen a les diferents CA. En l'aquí present es descendeix al terreny de la pràctica, fonamentalment adreçant-se l'atenció vers l'esforç de finançament operat a cada CA en matèria educativa, d'una banda, i el nivell de cobertura de la borsa de places escolars que s'ofereixen a les diferents etapes a cadascuna d'elles, de l'altra.

A nivell substantiu, l'estructura de continguts es divideix en aquests dos grans focus d'atenció, el finançament de l'educació i la cobertura escolar. Si bé l'apartat centrat en el primer d'aquests focus planteja una anàlisi conjunta diferenciant els capítols de la despesa pública per etapes del sistema educatiu, la secció centrada en la cobertura escolar proposa una divisió de base arrelada en la diferenciació entre marcs educatius *mainstream* (educació primària, ESO, i secundària postobligatòria) i marcs educatius més enllà del *mainstream* escolar (educació infantil de primer cicle, i educació d'adults). El sentit d'aquesta diferenciació ha estat ja justificat en l'esmentat capítol d'anàlisi discursiva.

Finalment, en l'apartat de discussió d'aquest capítol es posen en relació diferents variables relatives al finançament de l'educació a nivell autonòmic, amb algunes mesures de cobertura de les diferents etapes del sistema educatiu. Tot plegat, amb l'objectiu d'oferir una visió més contrastada del tipus de cobertura escolar que, tant en termes d'intensitat com d'extensitat, proporcionen els diferents camps d'actuació educativa analitzats.

Abans de continuar, no obstant, entenem necessari realitzar un advertiment. Si bé al llarg d'aquest apartat es posarà de manifest l'existència de clares distàncies entre CA pel que fa a l'esforç destinat a certs capítols de la despesa social i als nivells de cobertura de determinats serveis i prestacions, no es proposa d'aquestes pàgines quantificar els impactes que l'adequació de la descentralització educativa i les diferències en l'accés dels ciutadans als diferents recursos educatius poden haver provocat en la correcció (o accentuació) de determinades desigualtats educatives, tant de tipus interterritorial com intraterritorial.

5.2. Resultats

5.2.1. El finançament de l'educació

La situació l'any 2000 (curs 1999-2000)

Les dades de la taula 5.1 ens permeten comparar la despesa en educació no universitària que realitza cada comunitat autònoma en el curs 1999-2000. Un primer indicador que indica l'esforç econòmic en educació que du a terme cada CA és la despesa en educació no universitària sobre el PIB. En el conjunt de l'Estat, la mitjana se situa en un 3,1%. D'entre les comunitats autònomes que inverteixen en educació un percentatge per sobre de la mitjana estatal cal destacar Extremadura, Canàries, Galícia, Andalusia i Castella-la Manxa, les quals tenen una despesa superior al 3,6% del PIB. Les comunitats autònomes que se situen marcadament per sota d'aquesta mitjana són Madrid (1,69%), Catalunya (2,01%) i Balears (2,14%).

Un segon indicador del finançament en educació és el percentatge de la despesa en educació no universitària destinada a les diferents etapes educatives. En la taula 5.1 es pot comparar l'esforç econòmic realitzat per les diferents comunitats autònomes en educació infantil i primària, educació secundària i professional, i en educació d'adults en el curs 1999-2000.

La mitjana estatal de despesa en educació infantil i primària se situa en un 44,4% sobre el total de la despesa en educació no universitària; la mitjana de despesa en educació secundària i professional està en un 41,2%; i la mitjana de despesa pública en educació d'adults és del 1,1%. En la comparativa entre CA, cal destacar els percentatges de despesa de Castella i Lleó, la qual destina un 71,3% del total de la despesa pública en educació no universitària a les etapes educatives infantil i primària, i un 20,3% a l'educació secundària i professional. Les altres comunitats autònomes que se situen per sobre de la mitjana estatal de despesa en educació infantil i primària estan al voltant del 45%: Andalusia, Extremadura, Galícia i Múrcia. De les CA que tenen una despesa per sota de la mitjana, destaquen Astúries i La Rioja, ambdues amb un 35,1% de la despesa en educació destinada a les etapes infantil i primària, gairebé 10 punts per sota de la mitjana espanyola. Quant a la despesa en educació secundària i professional, destaca el cas d'Astúries, que en destina un 51,7% de la despesa en educació no universitària, més de 10 punts per sobre de la mitjana estatal.

Respecte a la despesa en l'educació d'adults, la mitjana estatal se situa en l'1,1% sobre la despesa total en educació no universitària. Sobresurt aquí Andalusia, que destina un 2% de la despesa en l'educació per a adults; mentre que a l'altre extrem trobem Castella i Lleó (0%), Galícia (0,1%) i Canàries (0,2%).

Taula 5.1

*Indicadors de finançament, per comunitats autònomes. Any 2000
(curs 1999-2000)*

	Despesa pública en educació (no univ) / PIB	Despesa pública en cada etapa / despesa pública en educació (no univ)		
		Infantil i primària	Secundària i professional	Adults
Extremadura	4,48	45,6	41,3	1,3
Canàries	3,85	43,6	42,5	0,2
Galícia	3,69	45,8	42,3	0,1
Andalusia	3,63	44,9	41,5	2,0
Castella-la Manxa	3,61	42,5	41,6	1,3
Múrcia	3,51	46,1	42,8	1,6
País Basc	3,12	38,3	49,5	1,3
Castella i Lleó	3,07	71,3	20,3	0,0
Astúries	3,04	35,1	51,7	1,4
Cantàbria	3,02	--	--	--
Navarra	2,80	37,5	47,2	1,3
Com. Valenciana	2,79	40,5	49,1	0,6
Aragó	2,50	37,0	49,6	1,3
La Rioja	2,44	35,1	46,7	1,3
Balears	2,14	38,8	42,3	1,4
Catalunya	2,01	38,9	49,4	0,7
Madrid	1,69	43,8	45,8	1,2
Espanya	3,10	44,4	41,2	1,1

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2000).

En la taula 5.2 es presenta la despesa pública en educació no universitària per estudiant en el curs 1999-2000, xifres que ens permeten mesurar l'esforç econòmic que realitza cada comunitat autònoma en relació al nombre total d'estudiants a l'educació infantil i primària, a la secundària i professional, i a l'educació d'adults. La mitjana espanyola de despesa pública en educació infantil i primària és de 2.508,4€ per estudiant. Per sota dels 2.000€ de despesa per estudiant hi trobem CA com Balears, Catalunya, Andalusia, La Rioja, Castella-la Manxa i Múrcia. És interessant destacar que, dues d'aquestes comunitats, Balears i Catalunya, estan també marcadament per sota de la mitjana estatal de despesa pública en educació sobre el PIB, tal i com hem comentat anteriorment (la taula 5.1). D'entre les comunitats que tenen una despesa en educació infantil i primària per estudiant superior a la mitjana, sobresurten Castella i Lleó (4.457,3€) i el País Basc (3.070,8€).

La despesa en educació secundària i professional per estudiant és lleugerament superior a la despesa en educació infantil i primària, ja que la mitjana estatal se situa en els 2.605,4€. Castella i Lleó, la qual destacàvem anteriorment per la seva alta despesa per estudiant en educació infantil i primària, destaca en aquest apartat per la seva escassa despesa en l'educació secundària i professional: 1.173,7€ per estudiant, essent l'única de les 17 comunitats autònomes que està per sota dels 2.000€ per estudiant. A més, Castella i Lleó juntament amb Galícia són les CA que tenen una despesa per estudiant superior en l'etapa infantil i primària en comparació amb les etapes secundària i professional. Les CA que realitzen una despesa més alta per estudiant de secundària i professional són País Basc, Navarra i Aragó, situant-se entre els 3.000 i els 4.000€ per estudiant.

La despesa en l'educació d'adults per estudiant és molt inferior a la despesa en les etapes analitzades fins ara. En el curs 1999-2000, la mitjana estatal va ser de 461,4€ per estudiant. Les comunitats autònomes que tenen una despesa marcadament inferior a aquesta mitjana són Castella i Lleó, Canàries, Catalunya i Galícia. En canvi, per sobre de la mitjana de despesa per estudiant destaquen Navarra, la Comunitat Valenciana, País Basc i Astúries.

Tenint en compte la despesa total en educació no universitària per estudiant, les comunitats autònomes amb una despesa més alta són País Basc i Navarra, mentre que les comunitats autònomes amb una despesa més baixa per estudiant són Andalusia, Múrcia i Extremadura. És rellevant destacar que aquestes tres últimes comunitats autònomes estan entre les comunitats amb una despesa més alta en educació sobre el PIB; però en canvi, se situen a la cua quant a despesa per estudiant.

En l'última columna de la taula 5.2 es presenten les dades relatives a la despesa pública en ensenyaments privats concertats sobre la despesa total en educació no universitària del curs 1999-2000. El percentatge per al conjunt de l'Estat espanyol se situa en el 15,4%. D'una banda, per sobre d'aquest percentatge es troben les CA de País Basc, Catalunya, Balears i Navarra. De l'altra, marcadament per sota de la mitjana estatal se situen les comunitats de Canàries, Extremadura i Castella-la Manxa.

La situació l'any 2007 (curs 2006-2007)

En la taula 5.3 es presenten els indicadors de finançament analitzats fins ara, per al curs 2006-2007. Quant a la despesa pública en educació no universitària sobre el PIB, la mitjana estatal és del 3,53%, la qual està per sobre de la corresponent al curs 1999-2000. Les comunitats que estan significativament per sobre d'aquesta mitjana són Extremadura, Castella-la Manxa, Múrcia i Andalusia; comunitats que ja estaven notablement per sobre de la mitjana el curs 1999-2000. Malgrat haver augmentat el percentatge de despesa en educació sobre el PIB respecte el curs 1999-2000, Madrid, Catalunya, Aragó i La Rioja continuen situant-se per sota de la mitjana estatal.

Taula 5.2

*Indicadors de finançament, per comunitats autònomes. Any 2000
(curs 1999-2000)*

	Despesa pública en educació (no univ) per estudiant (en euros)				Despesa pública en ensenyaments privats (concertats) / despesa pública en educació (no univ) (%)
	Infantil i primària	Secundària- professional	Adults	Total	
Castella i Lleó	4.457,3	1.173,7	0,0	2.992,2	15,4
País Basc	3.070,8	4.024,8	858,8	4.023,5	28,3
Galícia	2.902,0	2.528,2	154,6	3.065,2	11,5
Canàries	2.729,4	2.782,0	83,5	3.189,6	7,0
Navarra	2.615,7	3.999,8	2.478,5	3.820,8	22,0
Astúries	2.443,5	2.973,9	808,5	3.135,5	13,3
Aragó	2.274,4	3.106,3	390,1	3.088,0	17,5
Cantàbria	--	--	--	3.060,5	19,1
Madrid	2.159,1	2.489,9	529,9	2.572,5	18,8
Com. Valenciana	2.125,9	2.842,5	1.396,8	2.744,7	17,0
Extremadura	2.072,0	2.212,5	389,9	2.450,7	7,5
Múrcia	1.976,5	2.336,0	650,9	2.393,5	12,7
Castella-la Manxa	1.955,0	2.425,1	463,5	2.563,5	9,1
La Rioja	1.917,5	2.891,2	672,1	2.894,4	17,7
Andalusia	1.911,8	2.008,6	575,5	2.257,3	12,4
Catalunya	1.768,7	2.980,1	123,6	2.580,7	25,2
Balears	1.688,4	2.590,1	578,7	2.534,8	23,5
Espanya	2.508,4	2.605,4	461,4	2.973,0	15,4

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2000).

La despesa pública en l'educació infantil i primària sobre el total de la despesa en educació no universitària disminueix notablement respecte el percentatge del curs 1999-2000. La mitjana estatal és del 36,3%, vuit punts per sota respecte el curs 1999-2000, i similar a la mitjana de despesa pública en educació secundària i professional sobre el total de la despesa en educació: un 35,4%. La despesa en educació d'adults a nivell estatal per al curs 2006-2007 només varia lleugerament respecte la despesa del curs 1999-2000, disminuint fins l'1%.

D'entre les comunitats autònomes amb un menor percentatge de despesa en educació infantil i primària, cal destacar Astúries, País Basc, Andalusia i Castella i Lleó, les quals redueixen notablement el percentatge respecte el curs 1999-2000. Les CA que destinen un percentatge més elevat a l'educació infantil i primària són Galícia i Cantàbria. No obstant això, els percentatges són menors als del curs 1999-2000, seguint així la tendència general del conjunt de CA

Quant al percentatge de despesa en educació secundària i professional, les comunitats que hi dediquen més d'un 40% del total de la despesa pública en educació no universitària són Astúries, Canàries, Castella-la Manxa, Extremadura, Andalusia i Comunitat Valenciana. D'aquestes sis CA, l'única que augmenta el percentatge respecte el curs 1999-2000 és Cantàbria. D'entre les comunitats que hi destinen un percentatge menor a l'educació secundària i professional, al voltant del 34%, estan Balears, Madrid, Navarra i País Basc. Les dades reflecteixen una disminució general quant al percentatge de despesa pública en educació destinada a la secundària i professional.

Taula 5.3

*Indicadors de finançament, per comunitats autònomes. Any 2007
(curs 2006-2007)*

	Despesa pública en educació (no univ) / PIB	Despesa pública en cada etapa / despesa pública en educació (no univ)		
		Infantil i primària	Secundària i professional	Adults
Extremadura	5,05	34,3	40,7	1,2
Castella-la Manxa	4,32	37,8	43,6	1,4
Múrcia	4,12	36,6	37,6	--
Andalusia	3,98	31,6	40,4	1,5
País Basc	3,85	29,5	33,8	1,3
Galícia	3,77	39,2	36,9	0,0
Com. Valenciana	3,52	33,7	40,1	0,5
Canàries	3,50	35,1	44,1	1,1
Cantàbria	3,47	39,5	35,5	--
Castella i Lleó	3,40	31,0	39,4	1,0
Navarra	3,38	34,6	34,2	0,5
Astúries	3,17	29,4	44,1	0,0
Balears	3,14	34,2	34,4	1,4
La Rioja	3,09	32,8	37,2	0,9
Aragó	2,88	31,9	36,8	1,2
Catalunya	2,82	37,6	34,3	0,5
Madrid	2,13	34,0	34,3	1,3
Espanya	3,53	36,3	35,4	1,0

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2007) i de l'Institut Nacional de Estadística.

Les CA capdavanteres en la despesa pública en l'educació d'adults són Andalusia, Balears, Castella-la Manxa i Madrid. Els percentatges es mantenen similars respecte el curs 1999-2000 en les comunitats autònomes de Madrid, Balears i Castella-la

Manxa, mentre que a Andalusia la despesa es redueix en un 0,5%. Cal destacar que la Comunitat Valenciana, Catalunya, Navarra, Astúries i Galícia són les comunitats autònomes que menor percentatge de despesa destinen a l'educació d'adults. És rellevant la disminució de la despesa respecte el curs 1999-2000 que reflecteixen les dades d'Astúries, que passa de destinar-hi un 1,4% a destinar-hi un 0%. A Catalunya i a la Comunitat Valenciana també es dona una disminució del percentatge, tot i que molt més lleugera.

En la taula 5.4 es presenten les dades referents a la despesa pública en educació per estudiant (curs 2006-2007). Quant a les dades estatals, cal destacar l'augment de la despesa pública per estudiant a les tres etapes educatives respecte la del curs 1999-2000.

Analitzant les dades per comunitats autònomes, destaquem aquelles que fan un major esforç econòmic en relació al volum d'estudiants matriculats en l'educació infantil i primària: Galícia, Cantàbria i País Basc. Les comunitats que tenen una despesa menor per estudiant en l'educació infantil i primària són Aragó, Comunitat Valenciana, Múrcia, Madrid, totes per sota dels 3.000 € per estudiant. No obstant això, les xifres d'aquestes comunitats autònomes són majors en relació a les del curs 1999-2000.

En la despesa per estudiant en l'educació secundària i professional, convé destacar el cas del País Basc, Astúries i Cantàbria, que tornen a ser, juntament amb Navarra, les comunitats amb una despesa més elevada. En relació al curs 1999-2000, tant el País Basc com Navarra es mantenen dins el grup de comunitats que més esforç econòmic per estudiant realitzen en aquesta etapa. L'única CA que resta per sota dels 4.000€ de despesa per estudiant en aquestes etapes educatives és Andalusia, malgrat haver augmentat la seva despesa respecte el curs 1999-2000.

De l'anàlisi de les dades de despesa per estudiant en l'educació d'adults es desprèn l'existència d'una variació significativa en la majoria dels casos respecte el curs 1999-2000. D'una banda, les comunitats autònomes que han augmentat significativament la seva despesa per estudiant són País Basc, Catalunya i Canàries. De l'altra, les comunitats autònomes que han disminuït significativament la despesa per estudiant en l'educació d'adults són Astúries, la Comunitat Valenciana i Navarra. Cal destacar que el País Basc és la Comunitat que més esforç econòmic realitza per estudiant.

En el referent al percentatge de despesa pública en educació destinada als ensenyaments privats concertats, destaquen el País Basc, Navarra, Catalunya i Comunitat Valenciana, les quals hi destinen més del 15% de la despesa pública en educació. Aquestes tres comunitats ja estaven entre les que hi destinaven un major percentatge de la despesa el curs 1999-2000. Canàries, Castella-la Manxa i Extremadura són les tres comunitats que, igual que en el curs 1999-2000, assignen un percentatge menor de la despesa pública en educació al finançament d'ensenyaments privats concertats.

Taula 5.4

*Indicadors de finançament, per comunitats autònomes. Any 2007
(curs 2006-2007)*

	Despesa pública en educació (no univ) per estudiant				Despesa pública en ensenyaments privats (concertats) / despesa pública en educació (no univ) (%)
	Infantil i primària	Secundària- professional	Adults	Total	
Galícia	4.408,3	4.618,7	0,0	6.114	10,4
Cantàbria	4.294,8	4.890,3	0,0	5.970	13,8
País Basc	3.955,2	6.871,0	2.186,6	6.786	22,1
Navarra	3.691,5	5.848,9	668,8	6.153	17,6
Castella i Lleó	3.457,1	5.015,1	547,4	5.673	13,4
Castella-la Manxa	3.449,9	5.028,8	565,5	5.693	0,0
La Rioja	3.394,5	5.059,2	774,6	5.702	13,6
Astúries	3.360,0	5.998,1	41,9	6.316	9,9
Catalunya	3.286,9	4.831,6	485,8	5.145	16,2
Balears	3.109,6	5.089,3	799,4	5.306	17,4
Extremadura	3.094,3	4.475,5	580,7	5.250	7,9
Canàries	3.015,6	4.836,7	531,2	5.161	7,0
Com. Valenciana	2.990,0	4.935,1	247,3	4.920	15,3
Aragó	2.973,0	4.896,8	562,8	5.236	14,0
Múrcia	2.892,4	4.444,1	0,0	4.785	11,9
Madrid	2.833,9	4.381,1	972,2	4.819	16,8
Andalusia	2.704,7	3.995,1	737,8	4.528	9,6
Espanya	3.535,0	4.795,9	690,2	5.228	13,4

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2007).

El sistema de beques. Anys 2000 (curs 1999-2000) i 2007 (curs 2006-2007)

En la taula 5.5 es presenten tres indicadors referits al finançament del sistema de beques per als cursos 1999-2000 i 2006-07: la despesa en beques sobre la despesa pública en educació no universitària; el nombre de becaris sobre el total d'estudiants; i l'import de les beques sobre el nombre de becaris.

En el conjunt de l'Estat, la despesa en beques sobre el total de la despesa en educació no universitària se situa, per al curs 1999-2000, en l'1,22%; mentre que aquest percentatge augmenta fins el 2,27% el curs 2006-2007. Quant al nombre de becaris sobre el total d'estudiants, cal destacar l'augment ocorregut entre ambdós cursos: mentre que en el curs 1999-2000 els becaris representen un 14,73%, el 2006-2007

són un 34,28%. L'import de les beques sobre el total de becaris augmenta d'un curs a l'altre: el curs 1999-2000 l'import és de 246 €, mentre que el 2006-2007 és de 374,6 €.

Les comunitats autònomes que realitzen una major despesa en beques, tant en el curs 1999-2000 com el 2006-2007, són Extremadura i Andalusia. Les CA que destinen un menor percentatge a la despesa en beques són Balears i Navarra en el curs 1999-2000, i en el curs 2006-2007, Astúries i La Rioja. Cal afegir que el curs 2006-2007, Balears també se situa entre les comunitats que assignen un percentatge menor al sistema de beques (un 0,62%).

Les dades del nombre de becaris sobre el total d'estudiants mostren una variabilitat significativa d'un curs a l'altre. En el curs 1999-2000 són quatre les comunitats que estan per sobre del 20% de becaris: la Comunitat Valenciana, Extremadura, País Basc i Madrid. Les comunitats amb un menor percentatge de becaris són Balears, Aragó, Navarra i Catalunya, tenint totes elles menys del 10% de becaris entre la població d'estudiants. Cal destacar l'augment significatiu que experimenten la majoria dels percentatges de becaris el curs 2006-2007, curs en el que Castella i Lleó té un 68,13% de becaris i Extremadura un 57,22%. En canvi, hi ha cinc comunitats autònomes que no arriben al 20% de becaris: Aragó, La Rioja, Galícia, Balears i Catalunya, les quals ja se situaven a la cua quant al percentatge de becaris el curs 1999-2000.

El tercer indicador del finançament del sistema de beques és l'import d'aquestes sobre el nombre de becaris. En el curs 1999-2000, hi ha quatre comunitats autònomes on l'import de les beques és superior als 300€: La Rioja, Castella i Lleó, Galícia i Canàries. Cal destacar que cap d'aquestes quatre es troben entre les que realitzen una major despesa en beques ni entre les que tenen un major percentatge de becaris. Per tant, podríem afirmar que la seva despesa en beques està concentrada en un petit nombre d'alumnat. Hi ha dues CA on l'import de les beques no arriba als 200€: Extremadura i Madrid. En aquests dos casos el percentatge de becaris sí que està entre els més alts de l'Estat espanyol, fet que en indica que s'opta per distribuir entre un nombre més elevat d'estudiants la despesa destinada a beques.

Pel que fa al curs 2006-2007, cal destacar l'augment que experimenta l'import de les beques a Castella-la Manxa i Aragó, que es converteixen en les comunitats autònomes que atorguen un import mitjà per becarí més elevat: 885,9 i 859,6€ de mitjana per beca, respectivament. Malgrat aquest augment considerable de l'import per beca, tal i com hem comentat anteriorment, el percentatge de becaris és el més baix en tot l'Estat. Cal destacar també que hi ha quatre comunitats autònomes que es troben per sobre dels 300€ de mitjana: Galícia, País Basc i Catalunya. A l'altre extrem trobem Extremadura, Astúries, Navarra i Castella i Lleó, totes quatre amb un import mitjà per sota dels 200 €. Aquestes comunitats disminueixen notablement l'import mitjà de les beques en relació al curs 1999-2000.

Taula 5.5

Indicadors bàsics del finançament del sistema de beques, per comunitats autònomes. Anys 2000 (curs 1999-2000) i 2007 (curs 2006-2007)

	Curs 1999-2000			Curs 2006-2007		
	Despesa en beques / despesa en educació no univ. (%)	Nombre de becaris / estudiants	Import de la beca / becaris (euros)	Despesa en beques / despesa en educació no univ. (%)	Nombre de becaris / estudiants	Import de la beca / becaris (euros)
Extremadura	2,19	23,31	231,2	2,10	57,22	193,4
Andalusia	1,85	14,16	296,7	2,07	35,31	282,8
Madrid	1,51	21,24	184,3	2,22	44,96	264,7
Com. Valenciana	1,48	26,41	153,9	1,57	36,45	230,7
País Basc	1,43	21,89	263,8	1,37	31,49	367,4
Múrcia	1,34	11,94	270,4	1,24	26,82	227,6
Canàries	1,32	11,70	362,6	1,82	35,63	260,4
La Rioja	1,13	10,90	301,2	0,51	10,12	296,2
Castella-la Manxa	1,11	11,17	256,4	1,23	7,26	885,9
Catalunya	1,07	9,75	283,6	1,15	18,30	351,2
Galícia	1,05	10,51	306,7	1,11	11,12	625,6
Castella i Lleó	1,02	10,19	300,6	1,65	68,13	147,8
Cantàbria	0,95	10,63	275,9	1,39	38,19	229,4
Astúries	0,89	10,24	273,3	1,21	47,36	175,1
Aragó	0,72	8,04	279,2	0,55	3,71	859,6
Navarra	0,62	8,09	293,3	0,70	27,20	171,4
Balears	0,46	5,72	203,9	0,62	13,83	258,8
Espanya	1,22	14,73	246,0	2,27	34,28	374,6

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2000 i 2007).

5.2.2. La cobertura escolar

En el marc del *mainstream* escolar

L'escolarització obligatòria

A diferència de la resta d'etapes i cicles del sistema educatiu, l'escolarització primària i l'ESO són legalment definides com a etapes educatives obligatòries i, en conseqüència, de cobertura universal. Des d'aquest punt de vista, és mancat de sentit valorar en aquests nivells el grau d'extensió de la cobertura escolar entre les diferents CA. Allò que sí pot aportar informació d'un cert valor en termes de cobertura és comparar algunes dades que puguin situar-se com a *proxy* del nivell d'intensitat d'aquesta

cobertura, així com del nivell de desigualtats en l'accés a aquestes fases del sistema educatiu. Comencem per la primera d'aquestes dimensions.

Una mesura d'intensitat en la cobertura: Les ràtios alumnes / aula

La taula 5.6 mostra, per al conjunt de CA, la mitjana d'alumnes per grup-classe a l'escolarització primària i secundària obligatòria, desglossant entre sector públic i privat, i comparant la situació al curs 1999-2000 amb la del curs 2008-2009. D'acord amb el que s'acaba d'argumentar, entenem que el valor d'aquesta ràtio ens parla de com el nivell de cobertura escolar general (que per al cas que ara ens ocupa és de caràcter universal) es tradueix als centres de les diferents CA en termes d'intensitat. Així, en un cert sentit podem entendre que, a menys alumnes per aula, major serà el nivell d'intensitat de la cobertura escolar oferida.

En termes generals s'observa, d'entrada, com les ràtios d'alumnes/aula són sensiblement inferiors en el sector públic que en el privat. Això és vàlid tant a primària com a secundària, i per als dos talls temporals considerats. Es pot també advertir com les ràtios a primària han estat més estables al llarg del temps que no pas les ràtios a secundària, les quals semblen haver experimentat una clara tendència a la baixa. Pel que fa a la comparativa entre CA, poden aquí establir-se diverses distincions en funció de quines siguin les variables de contrast. Ens fixarem en dues d'elles.

En primer lloc, podem situar aquelles CA que, en ambdós cursos i sectors de titularitat, mantenen unes ràtios sensiblement inferiors a les mitjanes estatals corresponents; aquestes són Cantàbria, Navarra, Aragó, Galícia, Astúries, Castella i Lleó i País Basc. D'aquestes CA, sobretot el País Basc presenta unes ràtios particularment reduïdes (en comparació amb les mitjanes de referència) en el marc del sector públic i tant a primària com a secundària. A l'altra banda de l'eix, ens trobem aquelles CA on les ràtios es mantenen significativament per sobre de les respectives mitjanes, tant a primària i ESO, com per a ambdós sectors de titularitat; aquest és fonamentalment el cas de Balears, Madrid, Andalusia i Múrcia.

En segon lloc, pot fer-se referència a la major o menor importància del descens de la ràtio d'alumnes/classe experimentat per les diferents CA a l'ESO. Així, aquest descens sembla haver estat particularment pronunciat, tant al sector públic com al privat, en CA com Balears, Cantàbria, Extremadura i Galícia. Per contra, en altres CA, no tan sols no s'ha produït un decrement significatiu, sinó que les ràtios s'han vist incrementades en el sector públic; és el cas de Catalunya i Múrcia.

Desigualtats en l'accés: el cas de l'alumnat estranger

La incorporació progressiva d'alumnat d'origen estranger al nostre sistema educatiu ve essent des de fa uns anys tema principal de debat en l'agenda dels administradors i gestors educatius. Tractant-se d'analitzar el sentit i mesura d'aquest procés d'incorporació en l'educació primària i l'ESO, torna a ser aquí necessari recordar que ens

Taula 5.6

Ràtio alumnes/grup-classe a primària i ESO, per sectors de titularitat (1999-2000 i 2008-2009)

	Ràtio alumnes/classe als estudis obligatoris							
	Primària				ESO			
	Públic		Privat		Públic		Privat	
	99/00	08/09	99/00	08/09	99/00	08/09	99/00	08/09
País Basc	15,9	18,1	21,7	22,7	19,9	18,1	26,3	15,9
Castella i Lleó	16,1	15,8	22,8	22,6	24,2	21,4	26,8	16,1
Astúries	16,5	17,2	22,4	22,9	24,4	20,5	27,4	16,5
Galícia	16,5	16,5	23,1	22,4	24,2	19,4	27,5	16,5
Aragó	16,7	16,2	23,6	23,7	24,8	23,3	26,6	16,7
Navarra	16,7	17,3	23,4	24,5	22,4	22,2	27,3	16,7
Cantàbria	16,8	18,2	22,1	21,9	23,9	20,0	27,1	16,8
Rioja	18,7	20,1	24,4	25,6	24,9	22,3	27,2	18,7
Extremadura	19,2	16,7	26,6	23,1	24,6	19,6	29,6	19,2
Castella-la Manxa	20,0	18,2	25,9	24,2	25,3	22,0	27,6	20,0
Catalunya	20,0	21,7	23,9	24,7	25,0	27,4	28,9	20,0
Canàries	20,2	20,6	25,2	24,2	24,2	22,8	26,0	20,2
Com. Valenciana	20,3	20,0	24,7	25,0	23,8	22,6	27,8	20,3
Múrcia	21,1	21,8	25,8	25,3	25,1	26,2	27,7	21,1
Andalusia	21,4	20,9	26,6	24,9	26,5	25,2	30,3	21,4
Madrid	21,8	21,9	25,3	24,4	26,2	25,3	28,4	21,8
Balears	22,4	22,0	27,5	25,9	25,0	21,9	29,0	25,5
Espanya	19,7	19,8	24,6	24,2	25,0	23,5	28,2	25,7

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (1999-2000 i 2008-2009).

trobem davant d'unes etapes d'escolarització obligatòria i, per tant, de cobertura universal, independentment de l'origen i situació legal dels infants i joves en edat de cursar-les. Sí té sentit, en canvi, donar un cop d'ull a com el procés d'incorporació de l'alumnat nouvingut al conjunt d'escoles de les diferents CA ha resseguit uns patrons de desigualtat en relació a la seva distribució entre centres públics i privats.

Efectivament, tal i com il·lustren la taula 5.7 i el gràfic 5.1 (curs 2008-2009), queda clara la desigual distribució d'aquest alumnat entre sectors de titularitat. En termes generals, la proporció que l'alumnat estranger representa sobre el total d'alumnes del sector públic, tant a primària com a l'ESO, és més del doble que el percentatge que aquest mateix alumnat representa sobre el total d'alumnes del sector privat. Aquesta sobrerrepresentació en el sector públic és especialment evident, a la primària com a la secundària, en CA com Andalusia, Catalunya, Múrcia, Comunitat Valenciana i Madrid

(més a primària que a l'ESO). En canvi, l'índex d'equitat s'apropa més a 1 (per tant, al valor que representa un pes relatiu d'aquest alumnat idèntic entre sectors) en CA com Cantàbria, Castella i Lleó, i La Rioja (a primària i a l'ESO) Aragó (a l'ESO) i Astúries (a l'ESO). Val a dir que el patró d'aquestes distribucions no sembla mantenir una correspondència clara amb el valor dels percentatges d'aquest alumnat sobre el total d'alumnat en ambdós sectors de titularitat. Així, si bé Catalunya i la Comunitat Valenciana són CA amb una elevada presència d'alumnat estranger a primària i l'ESO, altres CA amb una proporció d'aquest mateix alumnat més elevada presenten índex d'equitat en ambdues etapes força inferiors (Balears i, sobretot, La Rioja).

Taula 5.7

Presència d'alumnat estranger a primària i ESO. Equitat en l'accés per sectors de titularitat (2008/2009)

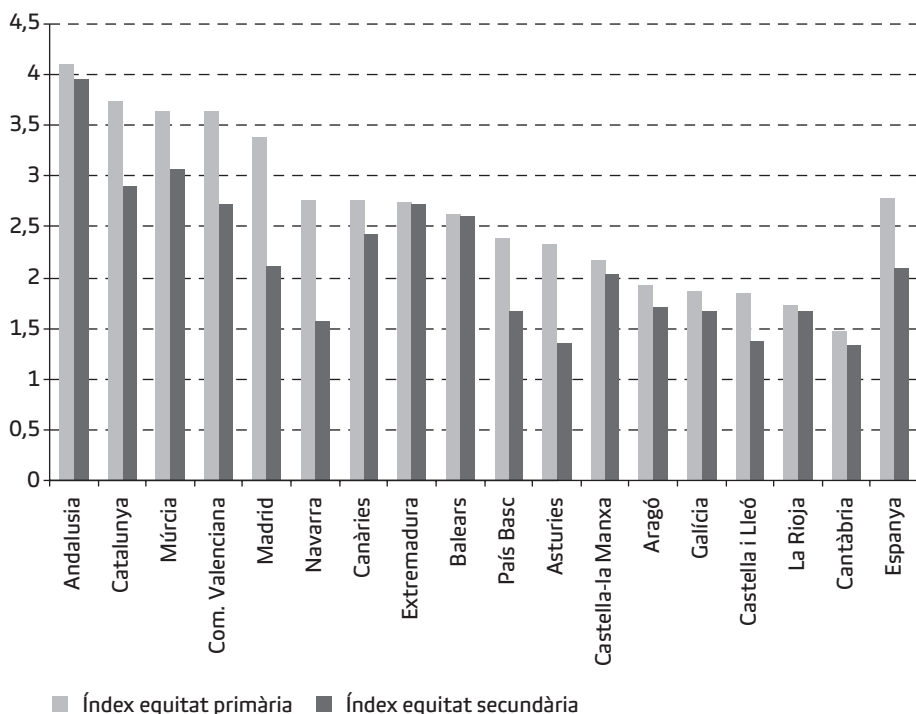
	Distribució de l'alumnat estranger entre sectors i índex d'equitat als estudis obligatoris					
	Primària			ESO		
	% públic	% privat	Índex d'equitat	% públic	% privat	Índex d'equitat
Madrid	25,61	7,54	3,39	22,26	10,50	2,12
Balears	23,27	8,85	2,63	24,69	9,48	2,60
La Rioja	22,19	12,87	1,72	20,62	12,26	1,68
Catalunya	21,21	5,67	3,74	23,90	8,20	2,91
Múrcia	20,53	5,64	3,64	18,77	6,12	3,07
Aragó	19,12	9,86	1,94	16,74	9,74	1,72
Com. Valenciana	19,00	5,22	3,64	19,84	7,27	2,73
Navarra	18,54	6,69	2,77	16,52	10,51	1,57
Castella-la Manxa	12,92	5,93	2,18	10,62	5,22	2,03
Canàries	11,59	4,18	2,77	13,35	5,49	2,43
Castella i Lleó	11,26	6,11	1,84	9,25	6,71	1,38
País Basc	10,25	4,29	2,39	9,87	5,93	1,66
Cantàbria	10,15	6,88	1,47	11,41	8,59	1,33
Andalusia	7,97	1,94	4,10	7,78	1,96	3,97
Astúries	7,45	3,21	2,32	7,19	5,30	1,36
Galícia	5,51	2,95	1,87	4,60	2,75	1,67
Extremadura	4,44	1,61	2,76	3,80	1,40	2,72
Espanya	14,84	5,33	2,78	14,18	6,77	2,10

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2008-2009).

Nota: L'índex d'equitat, extret de Bonal, X. i Albaigés, B. (2006) [L'estat de l'educació a Catalunya. Anuari 2005. Barcelona: Mediterrània, Col. Polítiques 53], correspon a: Percentatge d'alumnat estranger (sector públic) / Percentatge d'alumnat estranger (sector privat). Una distribució equitativa d'alumnat estranger per sectors de titularitat comporta un índex d'equitat igual a 1. Quan l'índex és superior a 1 indica un desequilibri de l'escolarització de l'alumnat estranger en benefici del sector públic. Com més s'allunya el valor de l'índex de l'1, menys equitativa és la distribució de l'alumnat.

Gràfic 5.1

Índex d'equitat a l'educació primària i l'ESO (2008-2009)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2008-2009).

L'escolarització postobligatòria

L'extensió en la cobertura

L'anàlisi dels nivells de cobertura de l'oferta d'escolarització secundària postobligatòria revesteix especial rellevància fonamentalment per dues raons. En primer lloc, ens trobem davant d'una etapa escolar no considerada ni obligatòria ni universal, a diferència de l'escolarització infantil de segon cicle (universal tot i que no obligatòria), l'educació primària i l'ESO (ambdues obligatòries i universals). Entre d'altres coses, això implica que l'Administració pública no té l'obligació formal de garantir una borsa pública i gratuïta de places per a tots aquells alumnes que decideixin continuar els estudis reglats més enllà de l'etapa obligatòria. Tanmateix, sí és obligació de l'Administració incentivar els alumnes a accedir als estudis secundaris postobligatoris (acadèmics o professionals) generant aquelles condicions que ho facin possible (i.e. en termes de places finançades amb fons públics, i en termes d'oferta disponible en el conjunt del territori). En segon lloc, i com a element justificatiu d'aquest darrer argument, convé destacar com d'acord amb la darrera actualització dels objectius de

la Unió Europea establerts a Lisboa l'any 2000 en matèria d'educació, es configura com a mandat per als seus països membres que el 2010 com a mínim un 85% dels seus joves de 22 anys tinguin completats els estudis secundaris postobligatoris reglats; un *benchmark* que tant Espanya com la totalitat de les seves CA es troben encara lluny d'assolir.

Un primer indicador relacionat amb el grau de cobertura de la xarxa d'escolarització secundària postobligatòria és la taxa neta d'escolarització als 17 anys en aquesta etapa. Aquest indicador situa la relació entre la població total de 17 anys (a cada CA) i els joves d'aquesta mateixa edat efectivament escolaritzats a la secundària postobligatòria (acadèmica i professional). La taula 5.8 exposa el valor d'aquestes taxes per a cadascuna de les CA i per als cursos 1999-2000 i 2007-2008.

S'hi observa, d'entrada, com la majoria de CA, en major o menor mesura, han augmentat les seves taxes en el temps transcorregut entre aquests dos cursos. Algunes CA, però, n'han vist reduïts els valors corresponents; aquestes són Aragó, Astúries, Canàries, Madrid, Navarra i La Rioja. En termes generals, i fent un cop d'ull a la situació observada a tots dos cursos, cal també distingir aquelles CA que es mouen en la franja alta d'escolarització postobligatòria (17 anys) d'aquelles altres que s'ubiquen en la franja baixa. Dins el primer grup trobem Aragó, Astúries, Castella i Lleó, Navarra i, en posició destacada, el País Basc. Dins el grup amb taxes més baixes es detecten Canàries, Castella-la Manxa, Andalusia i, en darrera posició destacada, Balears. La resta de CA se situen en posicions intermèdies entre aquests dos conjunts extrems.

Sigui com sigui, cal tenir present que un valor baix d'aquesta taxa no implica necessàriament l'existència d'una elevada proporció de joves de 17 desescolaritzats. El que veritablement indica és l'existència d'un percentatge important de joves de 17 anys que no es troben escolaritzats a la secundària postobligatòria, etapa en què, en cas de mantenir-se al sistema educatiu, idòniament els pertocaria en funció de l'edat. Però pot perfectament ser que una part significativa d'aquests joves es trobin encara retinguts a l'ESO. És en aquest sentit que el gràfic 5.2 ofereix una informació pertinent. En ell s'ofereix, per al curs 2007-2008, una mirada comparada per comunitats autònomes sobre les taxes netes d'escolarització als 17 anys, tant a l'ESO com a la postobligatòria.

Com és d'esperar, a totes les CA els valors més elevats d'aquestes taxes se situen en la secundària postobligatòria, fet que explica que els conjunts extrems de CA amb majors i menors nivells d'escolarització als 17 anys (en el conjunt d'etapes) coincideixen en bona mesura amb els conjunts identificats en la taula 5.5. Així, CA com País Basc, Astúries i Castella i Lleó disposen d'una taxa d'escolarització general molt per sobre de la mitjana espanyola, mentre que a Andalusia, Balears i Canàries, però també a la Comunitat Valenciana, aquesta taxa és sensiblement inferior a la mitjana de l'Estat. Quan es combinen taxes generals d'escolarització als 17 anys baixes amb taxes d'escolarització a l'ESO també baixes, aleshores

Taula 5.8

Taxa neta d'escolarització als 17 anys als ensenyaments postobligatoris (1999-2000 i 2007-2008)

	TNE als 17 anys (estudis postobligatoris)	
	1999-00	2007-08
País Basc	80,6	83,6
Navarra	76,6	73,4
Aragó	71,8	68,5
Astúries	69,9	68,9
La Rioja	69,0	66,5
Castella i Lleó	68,8	69,1
Madrid	67,2	61,7
Galícia	64,2	66,7
Cantàbria	62,7	67,1
Catalunya	62,7	66,3
Canàries	59,2	56,8
Andalusia	58,6	59,9
Comunitat Valenciana	57,7	61,3
Extremadura	56,4	60,2
Castella-la Manxa	56,1	57,7
Múrcia	55,3	60,6
Balears	49,5	51,0
Espanya	62,6	63,2

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (sèries temporals).

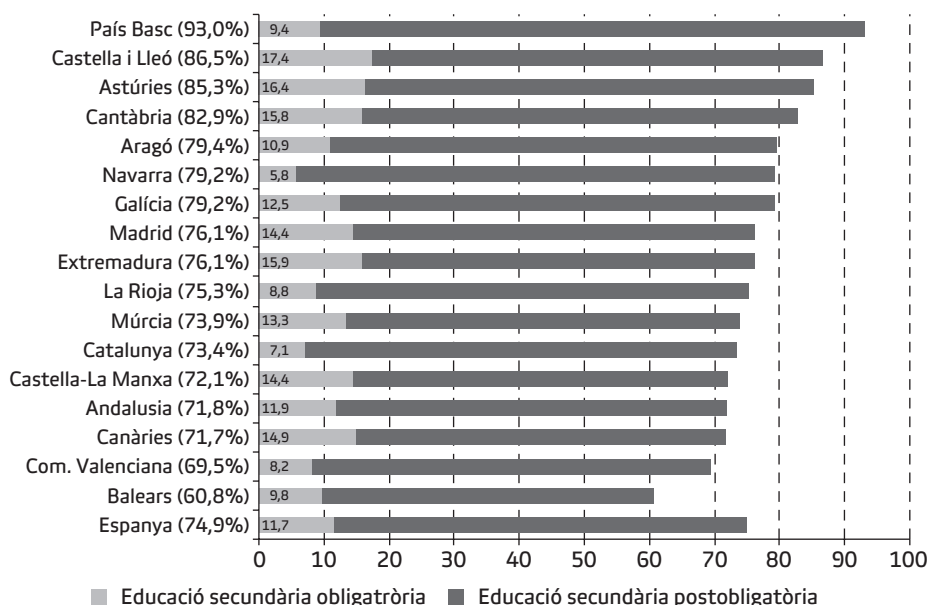
Nota: La taxa neta d'escolarització és el quocient entre l'alumnat amb una determinada edat escolaritzat en una determinada etapa i la població total en aquella mateixa edat, multiplicat per 100.

s'apunta cap a l'existència de situacions on els casos d'abandonament prematur dels estudis són més freqüents. Aquest és el cas de Catalunya o la Comunitat Valenciana. En canvi, quan les CA presenten taxes generals elevades, amb taxes baixes d'escolarització a l'ESO, aleshores s'indica l'existència d'uns elevats nivells d'idoneïtat¹ i de continuïtat dels estudis més enllà de l'ESO. És la situació del País Basc i Navarra.

1 La taxa d'idoneïtat fa referència a la proporció d'alumnat matriculat al curs que li pertoca en funció de la seva edat.

Gràfic 5.2

Taxa neta d'escolarització als 17 anys als ensenyaments postobligatoris i a l'ESO (2007-2008)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2007-2008).

Nota: Entre parèntesi, es mostra la taxa neta total d'escolarització als 17 anys.

Un indicador complementari a l'anterior és la taxa bruta d'escolarització. En aquest cas es fa referència a la relació entre el conjunt de l'alumnat matriculat en una determinada etapa i el total de població amb l'edat teòrica de cursar-la. La taula 5.9 mostra els valors d'aquestes taxes per al curs 2008-2009 a les diferents CA i en desglossa la informació en base a les diferents opcions formatives dins l'etapa postobligatòria.

Pel que fa als dos itineraris estructuradors de la secundària postobligatòria (Batxillerat i CFGM), queda clara la preeminència de l'opció acadèmica. En el conjunt de CA la relació entre places de Batxillerat (alumnes matriculats) i la població de referència (16-17 anys) presenta unes proporcions molt superiors (més del doble) a les derivades de la relació entre aquesta mateixa població de referència i les places ocupades de CFGM. Aquesta preeminència del Batxillerat per sobre dels CFGM és particularment manifesta en CA com ara Madrid, Múrcia i Castella-la Manxa. En cert contrast amb això, en CA com la Comunitat Valenciana o La Rioja, els CFGM representen una opció, si no prioritària, sí menys perifèrica en relació al Batxillerat.

Pel que fa a les taxes brutes d'escolarització als CFGS, sembla existir una certa correspondència entre els valors d'aquestes taxes i els de les taxes d'escolarització als CFGM. Així, aquelles CA que presenten taxes elevades als CFGS acostumen també a oferir valors elevats en les taxes d'escolarització als CFGM. Aquest és sobretot el cas del País Basc, Galícia, Astúries i Catalunya (taxes elevades a tots dos CF), o de Balears, Múrcia, Castella-la Manxa i Extremadura (taxes baixes).

Taula 5.9

Taxa bruta d'escolarització als ensenyaments postobligatoris (2008-2009)

	TBE als ensenyaments postobligatoris		
	Batxillerat (16-17 anys)	CFGM (16-17 anys)	CFGS (18-19 anys)
País Basc	87,9	31,4	43,7
Castella i Lleó	86,1	31,7	26,5
Galícia	81,0	34,6	31,9
Astúries	80,4	33,4	34,7
Cantàbria	78,2	36,2	28,6
Madrid	78,0	19,6	22,1
Canàries	74,3	31,9	23,7
Navarra	69,1	29,2	25,6
Aragó	68,1	32,2	25,9
Extremadura	67,6	25,4	18,7
Castella-la Manxa	66,3	24,1	17,8
Andalusia	66,1	28,5	21,0
Catalunya	65,6	31,4	31,3
La Rioja	63,4	34,0	28,4
Múrcia	63,3	23,5	19,2
Comunitat Valenciana	60,4	30,0	24,6
Balears	58,0	22,2	12,8
Espanya	70,2	28,3	25,0

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2008-2009).

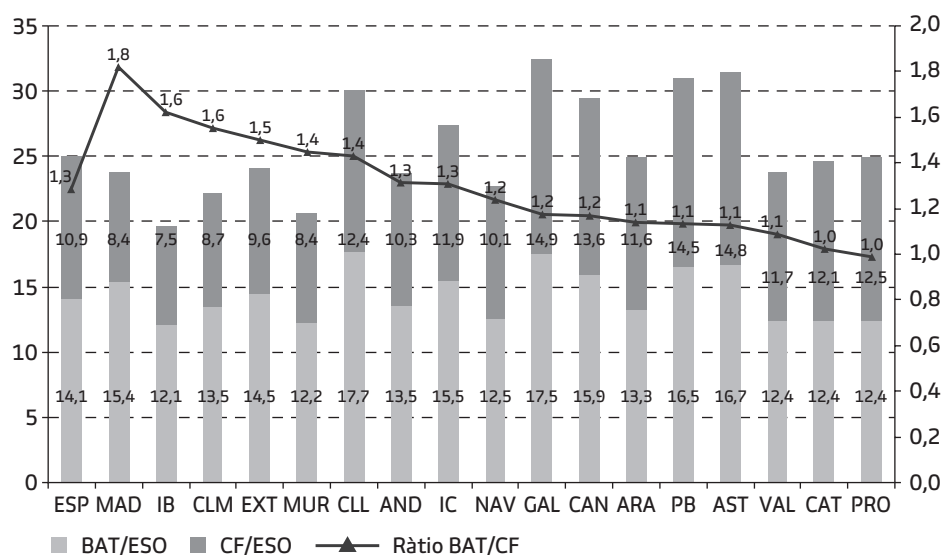
Nota: La taxa bruta d'escolarització és el resultat del quocient entre l'alumnat escolaritzat en una determinada etapa i la població total en edat teòrica de cursar-la, multiplicat per 100.

Aquestes consideracions queden ben il·lustrades en el gràfic 5.3, que posa en relació el nombre d'alumnes dels diferents ensenyaments postobligatoris, no amb la població d'una determinada edat d'accés teòric a aquesta oferta, sinó amb l'alumnat matriculat a l'escolarització obligatòria (Primària i ESO). Això permet copsar com és l'estructura del sistema educatiu, i quin pes hi tenen els ensenyaments

postobligatoris. Pot observar-se així com en algunes CA el pes relatiu del conjunt dels ensenyaments secundaris postobligatoris, en nombre de places ocupades, és sensiblement superior a la mitjana espanyola. Destaquen aquí els casos de Cantàbria, Castella i Lleó, Astúries, País Basc i Galícia. A l'altra banda, en CA com Balears, Múrcia i Castella-la Manxa, el pes relatiu d'aquests ensenyaments és notablement inferior a la mitjana.

Gràfic 5.3

Indicadors de pes de l'alumnat dels ensenyaments postobligatoris (2008-2009)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2008-2009).

Una mesura d'intensitat en la cobertura: La ràtio alumnes / aula

Un altre indicador relacionat amb el tipus de cobertura escolar a la postobligatòria és la mitjana d'alumnes per grup-classe als diferents itineraris que s'obren en aquesta etapa. Aquesta informació és proporcionada per la taula 5.10 per al conjunt de CA, desglossant entre sector públic i privat, i comparant la situació el curs 1999-2000 amb la del curs 2008-2009. En tot cas, cal remarcar que aquestes dades han de ser llegides tenint en compte els resultats descrits més amunt. En aquest sentit, tal i com apuntàvem per al cas de l'educació obligatòria, el valor d'aquesta ràtio ens parla de com el nivell de cobertura escolar general es tradueix als centres de les diferents CA en termes d'intensitat.

Taula 5.10

Ràtio alumnes/grup-classe als ensenyaments postobligatoris, per sectors de titularitat (1999-2000 i 2008-2009)

	Ràtio alumnes/classe per opcions d'estudis postobligatoris											
	Batxillerat				CFGM				CFGS			
	Públic		Privat		Públic		Privat		Públic		Privat	
	99/00	08/09	99/00	08/09	99/00	08/09	99/00	08/09	99/00	08/09	99/00	08/09
Galícia	21,2	21,7	15,2	20,6	20,9	14,9	18,5	16,7	24,3	15,8	21,1	14,7
Navarra	23,9	23,7	27,3	24,4	19,1	17,6	27,4	18,8	19,4	15,8	23,3	17,6
Com. Valenciana	24,1	24,4	20,0	23,2	18,7	16,5	17,0	13,7	20,8	17,2	16,9	18,1
Aragó	25,1	20,8	24,2	24,7	21,6	18,3	22,7	19,2	22,4	16,8	20,4	17,8
Castella i Lleó	25,5	20,5	24,0	23,0	22,0	17,4	22,4	18,9	22,2	16,3	22,4	18,0
Astúries	25,6	20,8	23,8	25,8	22,2	17,2	23,7	19,7	24,7	18,0	25,1	15,6
Castella-la Manxa	25,6	22,5	22,9	23,1	21,3	16,2	22,3	16,7	21,7	13,8	18,0	19,4
Extremadura	25,8	19,9	23,0	23,8	22,0	15,0	26,7	17,7	21,6	15,6	22,8	16,1
Catalunya	26,0	25,3	27,2	26,9	19,6	23,1	20,0	22,5	22,4	21,6	20,0	23,0
País Basc	26,0	22,8	27,1	23,7	15,3	15,2	19,8	17,1	18,0	15,4	22,1	16,9
Canàries	26,1	28,0	21,6	19,3	19,3	18,1	21,2	15,9	25,8	20,0	18,4	18,1
Rioja	26,1	22,4	25,7	25,0	24,5	20,2	24,3	19,3	22,0	18,5	24,0	19,7
Cantàbria	26,7	20,5	21,8	21,3	21,7	16,8	25,4	17,4	23,0	14,4	18,4	15,7
Múrcia	27,0	26,0	19,7	25,6	24,6	21,5	25,8	25,4	23,6	21,0	23,9	20,5
Balears	27,3	23,9	25,6	28,4	19,7	17,0	26,8	18,6	19,0	17,1	19,0	17,8
Madrid	28,0	26,3	25,7	23,7	26,3	22,9	20,0	17,7	26,3	22,4	20,5	17,1
Andalusia	28,7	28,9	28,0	26,2	21,7	19,7	22,5	22,4	25,4	21,1	21,8	20,6
Espanya	26,4	24,6	26,6	24,4	20,9	18,7	20,9	19,0	23,1	18,7	20,9	18,8

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (1999-2000 i 2008-2009).

També en línia amb el descrit en relació als ensenyaments obligatoris, s'observen aquí algunes tendències generals. D'entrada es constata com les ràtios d'alumnes/aula són, majoritàriament, sensiblement inferiors en el sector públic que en el privat al Batxillerat i als CFGM, a la inversa de com succeeix en els CFGS. Al mateix temps, convé destacar el descens força generalitzat de les ràtios al conjunt de les opcions formatives considerades.

La comparativa entre CA ofereix un panorama força complex, sobretot en la mesura en què no existeixen clares homologies pel que fa a la posició que ocupen les seves respectives ràtios a través del conjunt d'itineraris postobligatoris. Tan sols Andalusia i la Comunitat Valenciana presenten un patró continu general a tots tres itineraris, tant al sector públic com al privat, i en tots dos cursos de referència: Andalusia sempre per sobre de la mitjana estatal, i la Comunitat Valenciana sempre per sota.

En canvi, sí semblen aparèixer diferències més significatives entre CA quan es prenen per separat cadascuna de les opcions formatives considerades. Pel que fa al Batxillerat, algunes CA presenten ràtios significativament inferiors a les del conjunt espanyol en tots dos sectors de titularitat, tant el curs 1999/2000 com el curs 2008/2009 (Galícia, Castella i Lleó i Extremadura). Altres, en canvi, mostren ràtios marcadament superiors en el sector públic, però inferiors en el privat (Canàries, Madrid i Andalusia). En el cas dels CFGM, Galícia, País Basc i Comunitat Valenciana presenten ràtios inferiors a les mitjanes de referència en ambdós cursos i sectors, mentre que La Rioja, Múrcia i Andalusia es comporten de manera inversa. Així mateix, algunes CA mostren ràtios superiors a la mitjana en el sector públic, però inferiors en el privat (Madrid), mentre que en altres succeeix el contrari (Balears i Navarra). Finalment, en referència als CFGS, observem com Aragó, Balears, Cantàbria i la Comunitat Valenciana se situen per sota de la mitjana en tots dos sectors i cursos. Altres CA situen ràtios superiors a la mitjana en el sector públic, per inferiors a la mitjana en el privat (de nou Madrid, i Canàries), i altres CA a la inversa (Navarra i La Rioja).

En relació a la força del descens de la ràtio d'alumnes/classe experimentat per les diferents CA entre els dos cursos de referència, destaquem, en primer lloc, com aquest decrement sembla haver estat particularment pronunciat, tant al sector públic com al privat, en CA com País Basc, Castella i Lleó i La Rioja (Batxillerat); Astúries, Cantàbria, Extremadura i Madrid (als CFGM i CFGS); i Castella i Lleó, Galícia, Múrcia, Navarra, País Basc i la Rioja (CFGS). En segon lloc, advertim com són diverses les CA que incrementen la seva ràtio en el sector privat en una o més de les opcions formatives contemplades. En canvi, són poques les CA que incrementen les ràtios referides al sector públic; aquestes són Canàries, Galícia, Comunitat Valenciana i Andalusia (Batxillerat), Catalunya (CFGM).

Desigualtats en l'accés: el cas de la variable gènere

La taula 5.11 presenta la proporció de noies sobre el total d'alumnes estudiants d'ESO, Batxillerat, CFGM i CFGS, i per als cursos 1999/2000 – 2007/2008. Prenent les mesures de l'ESO com a referència, les dades mostren l'existència d'una clara sobrerrepresentació de noies en els estudis de Batxillerat i de nois en els CFGM al conjunt de CA. En el cas del Batxillerat, a més, val a dir que els percentatges respectius a penes si s'han vist alterats en el decurs dels darrers vuit cursos. Sí, en canvi, s'ha incrementat la presència de noies en els CFGM. En contrast, durant aquests mateixos cursos, la distribució per sexe de l'alumnat estudiant de CFGS s'ha mantingut més pròxima a l'existent a l'ESO.

Una mirada per CA ens informa d'allà on les diferents opcions d'estudis postobligatoris es troben particularment més o menys feminitzades. En l'actualitat, en el cas del Batxillerat, les noies es troben més sobrerrepresentades en CA com Canàries, Castella-la Manxa i Extremadura, i menys a Madrid, País Basc i Múrcia. També en l'actualitat, als CFGM la presència de noies és més significativa a Andalusia, Múrcia i Comunitat Valenciana, i menys a Navarra, País Basc i Catalunya. Pel que fa als CFGS, les noies tenen una presència especialment significativa a Canàries, Cantàbria, Múr-

cia i Andalusia, mentre que es troben més infrarepresentades al País Basc, Navarra i La Rioja.

Taula 5.11

Presència de noies a l'ESO i als ensenyaments postobligatoris (1999-2000, 2007-08)

	Proporció de noies sobre el total de l'alumnat per etapes							
	ESO		Batxillerat		CFGM		CFGS	
	99-00	07-08	99-00	07-08	99-00	07-08	99-00	07-08
Com. Valenciana	49,3	49,2	55,4	56,3	51,3	49,8	56,2	52,0
Canàries	49,0	49,1	54,6	56,6	45,1	48,0	58,0	58,5
Balears	48,8	47,4	56,5	54,6	43,9	46,6	48,1	49,6
Castella-la Manxa	48,8	49,1	55,3	56,8	44,4	49,0	51,1	48,9
Andalusia	48,7	48,4	52,6	55,4	48,8	50,8	52,4	54,2
Aragó	48,5	49,5	53,9	55,2	39,4	43,6	45,7	48,6
Múrcia	48,5	48,7	53,3	53,9	46,8	50,7	52,0	54,6
Extremadura	48,4	49,3	55,6	56,9	43,3	49,2	59,8	49,6
Galícia	48,4	48,8	53,8	56,2	37,9	42,9	49,1	51,3
Madrid	48,4	48,9	52,1	52,2	45,1	46,7	46,8	49,4
Cantàbria	48,3	48,1	54,4	56,1	46,1	45,2	54,7	54,6
Catalunya	48,3	48,3	55,3	54,4	37,9	39,8	47,3	48,5
Castella i Lleó	48,2	48,3	54,2	55,0	43,3	45,2	52,0	51,7
Rioja	48,1	48,8	55,2	56,0	46,2	48,9	50,5	48,0
Astúries	47,9	48,2	54,0	54,7	38,6	43,2	49,3	49,8
País Basc	47,7	48,1	52,3	52,7	35,2	39,7	39,7	43,4
Navarra	47,1	47,8	54,8	55,6	37,5	39,8	50,4	46,3
Espanya	48,5	48,6	53,8	54,9	43,5	46,3	49,5	50,7

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (1999-2000 i 2007-2008).

Desigualtats en l'accés: El cas de l'alumnat estranger

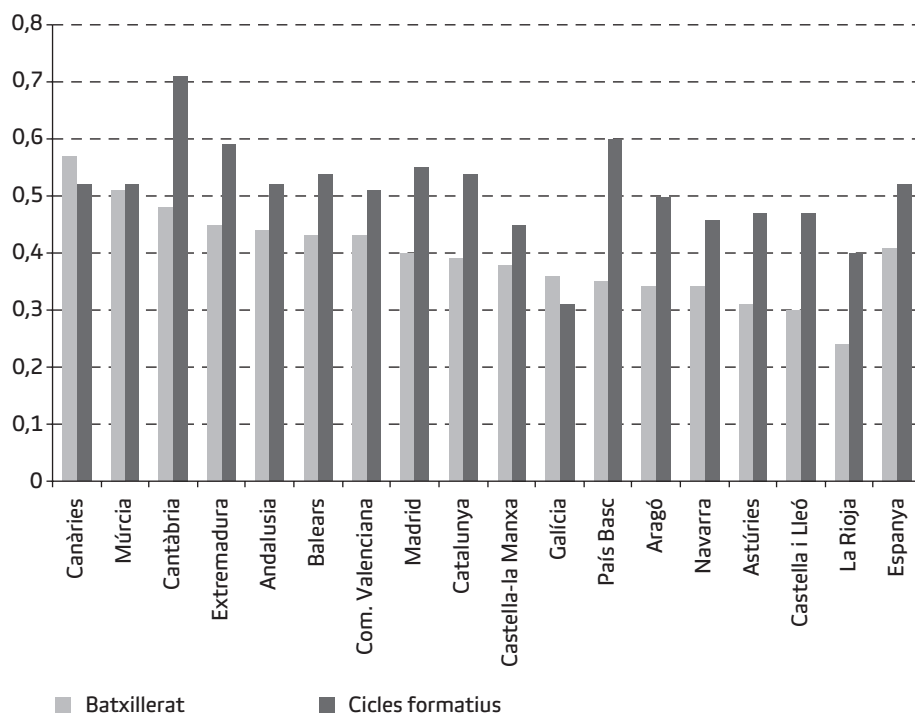
En relació a les desigualtats en l'accés a les diferents opcions d'estudis postobligatoris que afecten el col·lectiu d'alumnat estranger, convé en primer lloc donar un cop d'ull a la mesura en què la seva presència en aquestes itineraris es troba més o menys normalitzada. Ens referim així al grau en què la seva participació en les diferents opcions escolars es correspon amb el seu pes demogràfic en el conjunt de les edats teòriques de referència. El gràfic 5.4 i la taula 5.12 mostren aquesta informació en referència al curs 2008-2009.

S'hi aprecia, en tot cas, com els valors de normalització escolar de l'alumnat estranger són inferiors en l'opció acadèmica que en la professional. En altres paraules, l'alumnat estranger es troba relativament més exclòs dels estudis de Batxillerat que dels Cicles Formatius (Graus Mitjà i Superior). Això és així, en major o menor mesura, en el conjunt de CA, amb l'excepció de Galícia i les Canàries, on la normalització al Batxillerat supera a la dels CF. En algunes CA, les distàncies entre els nivells de normalització segons itineraris són especialment importants (Aragó, Astúries, Rioja, Castella i Lleó i, sobretot, Cantàbria i País Basc).

En termes generals, el grau de normalització escolar de l'alumnat estranger és particularment baix (tant al Batxillerat com als CF) a Galícia, Navarra i Navarra; i més elevat a Cantàbria i Extremadura (Batxillerat i CF), Canàries (Batxillerat) i País Basc (CF).

Gràfic 5.4

Índex de normalització al batxillerat i cicles formatius (2008-2009)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2008-2009) i de l'INE (dades padronals 2009).

Igual com en el cas dels estudis obligatoris, té sentit parar atenció a la mesura en què la incorporació als ensenyaments postobligatoris de l'alumnat estranger ha dibuixat una desigual distribució entre centres públics i privats. La taula

Taula 5.12

Presència d'alumnat estranger als ensenyaments postobligatoris i normalització en l'accés (2008-2009)

	Proporció i índex de normalització d'estrangers per opcions			
	Batxillerat		Cicles formatius	
	% Estrangers	Índex de Normalització	% Estrangers	Índex de Normalització
Canàries	6,82	0,57	6,16	0,52
Múrcia	7,62	0,51	7,48	0,52
Cantàbria	4,40	0,48	6,52	0,71
Extremadura	1,72	0,45	2,25	0,59
Andalusia	2,99	0,44	3,53	0,52
Balears	8,39	0,43	10,46	0,54
Com. Valenciana	7,33	0,43	8,63	0,51
Madrid	7,40	0,40	10,22	0,55
Catalunya	7,16	0,39	9,89	0,54
Castella-la Manxa	4,21	0,38	4,96	0,45
Galícia	1,76	0,36	1,51	0,31
País Basc	3,14	0,35	5,42	0,60
Aragó	5,40	0,34	7,82	0,50
Navarra	4,92	0,34	6,59	0,46
Astúries	2,06	0,31	3,09	0,47
Castella i Lleó	2,75	0,30	4,33	0,47
Rioja	4,63	0,24	7,74	0,40
Espanya	5,10	0,41	6,50	0,52

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2008-2009) i de l'INE (dades padronals 2009).

Nota: L'índex de normalització en l'accés de la població estrangera als ensenyaments postobligatoris, extret de Bonal, X. i Albaigés, B. (2006), correspon al quocient entre la presència d'alumnat estranger sobre el total i la presència de població estrangera de l'edat teòrica al territori de referència (el valor 1 correspon a presència normalitzada).

5.13 i el gràfic 5.5 il·lustren aquesta informació per al curs 2008-2009. I també aquí queda clara la distribució desigual d'aquest alumnat entre sectors de titularitat, una segregació que sobretot té lloc en el marc de l'opció acadèmica. En efecte, mentre que la proporció d'alumnat estranger al sector públic dobla la proporció d'aquest alumnat al sector privat al Batxillerat, l'índex d'equitat als Cicles Formatius és tan sols lleugerament superior 1 en alguns casos i inferior a 1 en algunes CA (valor que representa un pes relatiu d'aquest alumnat idèntic entre sectors).

Pel que fa al Batxillerat, aquesta sobrerepresentació en el sector públic és especialment manifesta a CA com Castella-la Manxa i Extremadura (Batxillerat i CF), Astúries (sobretot al Batxillerat), i Múrcia (sobretot als CF). En canvi aquesta manca d'equitat es corregeix relativament a CA com Castella i Lleó, Cantàbria, Canàries, Navarra i Balears, i tant al Batxillerat com sobretot als CF.

Taula 5.13

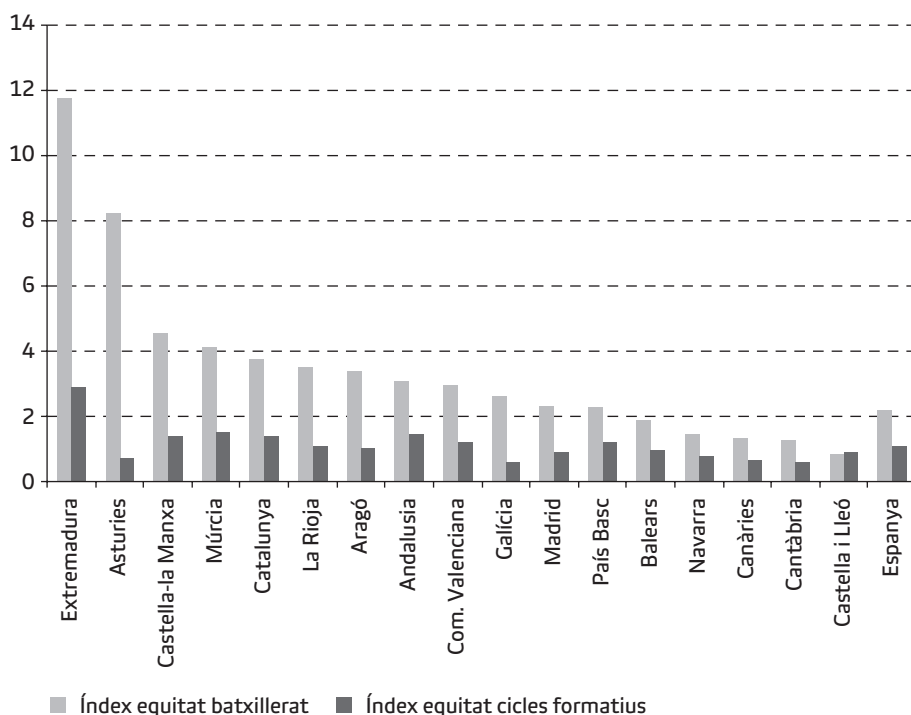
Presència d'alumnat estranger als ensenyaments postobligatoris. Equitat en l'accés per sectors de titularitat (2008/2009)

	Distribució de l'alumnat estranger entre sectors i índex d'equitat per opcions					
	Batxillerat			Cicles formatius		
	% públic	% privat	Índex d'Equitat	% públic	% privat	Índex d'Equitat
Extremadura	1,97	0,17	11,77	2,40	0,83	2,89
Astúries	2,64	0,32	8,22	2,90	3,91	0,74
Castella-la Manxa	4,58	1,01	4,54	5,11	3,66	1,40
Múrcia	8,36	2,03	4,11	7,98	5,35	1,49
Catalunya	9,83	2,61	3,77	10,67	7,80	1,37
Rioja	5,54	1,58	3,51	7,85	7,28	1,08
Aragó	6,74	1,99	3,39	7,83	7,77	1,01
Andalusia	3,42	1,10	3,10	3,80	2,59	1,47
Com. Valenciana	8,62	2,92	2,95	8,96	7,44	1,20
Galícia	1,94	0,75	2,59	1,37	2,23	0,61
Madrid	9,60	4,15	2,31	9,99	10,89	0,92
País Basc	4,27	1,87	2,29	5,91	4,86	1,22
Balears	9,52	5,16	1,85	10,43	10,65	0,98
Navarra	5,49	3,79	1,45	6,21	7,78	0,80
Canàries	7,13	5,34	1,34	6,00	9,40	0,64
Cantàbria	4,55	3,60	1,27	5,43	9,26	0,59
Castella i Lleó	2,66	3,04	0,87	4,18	4,73	0,88
Espanya	5,95	2,69	2,21	6,61	6,12	1,08

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2008-2009).

Gràfic 5.5

Índex d'equitat al batxillerat i cicles formatius (2008-2009)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2008-2009).

Més enllà del *mainstream* escolar

L'educació infantil

L'extensió en la cobertura

Igual com en el cas de l'educació postobligatòria, l'anàlisi dels nivells de cobertura de l'oferta d'escolarització infantil revesteix un interès especial; no en va ens situem davant d'una etapa educativa no universal, on l'Administració pública no té l'obligació de garantir una oferta extensiva de places gratuïtes.

La taula 5.14 ens presenta l'evolució del nombre absolut de places d'escolarització infantil per sectors de titularitat i prenent com a referència els cursos 2000-2001 i 2007-2008. A nivell general, destaca l'increment significatiu de la borsa existent de places públiques i, sobretot, de places privades concertades. L'augment del nombre de places concertades, que en el decurs d'aquests set anys s'ha més que doblat, ex-

plica en part l'important decrement de la borsa de places privades sense concertar. En resum, en el curs 2007-2008 el privat concertat ha passat a representar el segon sector en grau d'importància, encara lluny de l'oferta existent en el sector públic, però molt per sobre del sector privat no finançat.

Ara bé, més que entrar a valorar la importància d'aquestes tendències a nivell autonòmic, ens interessa aquí parar atenció a la mesura en què, en el seu conjunt, aquesta borsa de places aconsegueix cobrir la població en edat d'escolaritzar-se al primer cicle de l'Educació Infantil a cada CA. Aquesta informació ens la proporciona la taxa neta d'escolarització als 0-2 anys, i la trobem il·lustrada per a cada CA en el gràfic 5.6, prenent novament com a talls temporals de referències els cursos 2000-2001 i 2008-2009.

Taula 5.14

Nombre de places d'escolarització infantil, per sectors de titularitat (2000-2001 i 2007-2008)

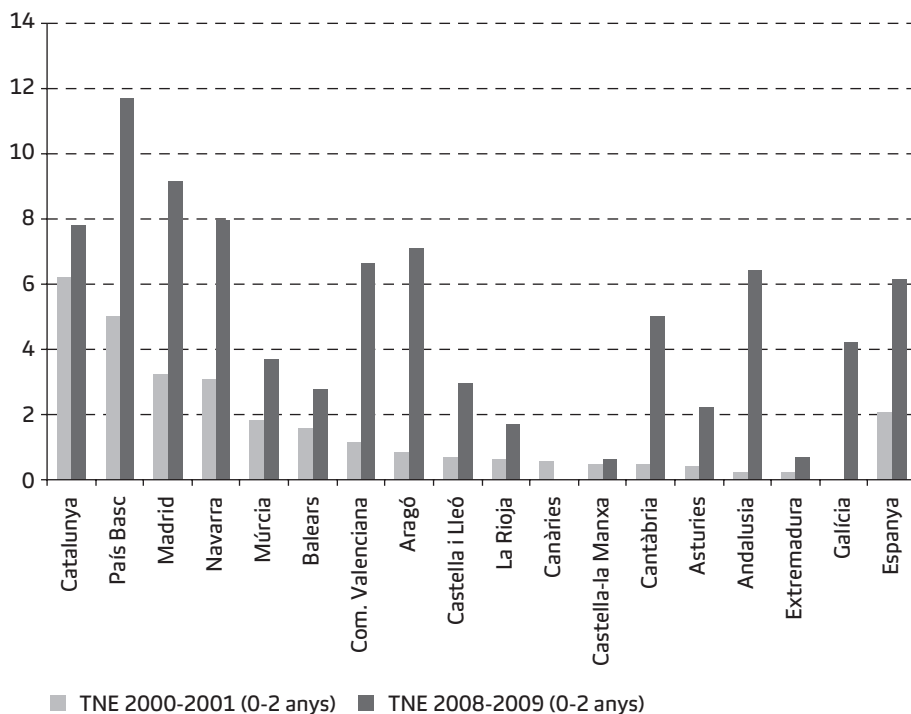
	Places d'escolarització infantil (1r i 2n cicle)							
	2000-2001				2007-2008			
	Públic	Privat concertat	Privat	TOTAL	Públic	Privat concertat	Privat	TOTAL
Andalusia	165.485	2.476	43.090	211.051	208.420	46.145	29.474	284.039
Catalunya	118.165	67.472	30.756	216.393	189.374	78.009	38.828	306.211
Madrid	93.495	15.795	53.272	162.562	133.781	62.632	75.382	271.795
Com. Valenciana	75.370	2.466	34.862	112.698	109.851	39.985	19.966	169.802
Castella-la Manxa	42.632	4.141	6.482	53.255	51.415	10.429	1.671	63.515
Canàries	41.337	0	12.002	53.339	45.042	11.938	4.412	61.392
Castella i Lleó	38.101	6.733	10.757	55.591	43.764	19.297	3.856	66.917
Galícia	38.016	14.939	1.882	54.837	50.232	18.606	4.921	73.759
País Basc	30.584	27.327	746	58.657	45.157	42.333	818	88.308
Múrcia	30.340	8.253	2.856	41.449	41.195	13.893	4.845	59.933
Extremadura	25.745	1.863	3.948	31.556	24.169	6.436	1.134	31.739
Aragó	18.669	33	10.349	29.051	28.477	9.733	8.076	46.286
Balears	15.218	9.969	1.402	26.589	21.845	11.252	2.751	35.848
Astúries	13.703	1.597	4.545	19.845	16.904	6.426	1.031	24.361
Navarra	9.028	5.630	0	14.658	17.161	7.271	21	24.453
Cantàbria	7.558	194	3.944	11.696	11.994	4.714	1.257	17.965
La Rioja	4.388	2.304	180	6.872	5.970	3.158	586	9.714
Espanya	772.173	171.653	221.910	1.165.736	1.049.762	393.744	199.510	1.643.016

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2000-2001 i 2007-2008).

D'acord amb aquestes dades és clar i manifest que el nivell de cobertura a l'escolarització infantil de primer cicle ha experimentat un augment més que significatiu entre aquests dos cursos. La taxa neta d'escolarització dels infants de 0-2 anys el curs 2008-2009, si bé continua molt lluny de valors de plena cobertura, ha passat a doblar la mateixa taxa per al curs 2000-2001, passant del 8,9% al 26,2% al conjunt de l'Estat espanyol. Una breu comparativa entre CA permet, d'una banda, distingir entre aquelles amb taxes més elevades i aquelles altres amb taxes més reduïdes. Entre les primeres, tant el curs 2000-2001 com el 2008-2009 trobem Catalunya, País Basc, Madrid i Navarra. Cal destacar el cas del País Basc, on aquest darrer curs la relació entre alumnat efectivament escolaritzat en escoles bressol i el nombre d'infants entre 0 i 2 anys és pràcticament d'1 a 2. A l'altra banda, entre aquelles amb menys cobertura el curs 2008-2009 destaquen Canàries, Castella-la Manxa i Extremadura, totes tres amb taxes inferiors al 3% i que no representen cap guany significatiu respecte de la situació mostrada el 2000-2001.

Gràfic 5.6

Taxa neta d'escolarització als 0-2 anys, educació infantil de primer cicle (2000-2001 i 2008-2009)



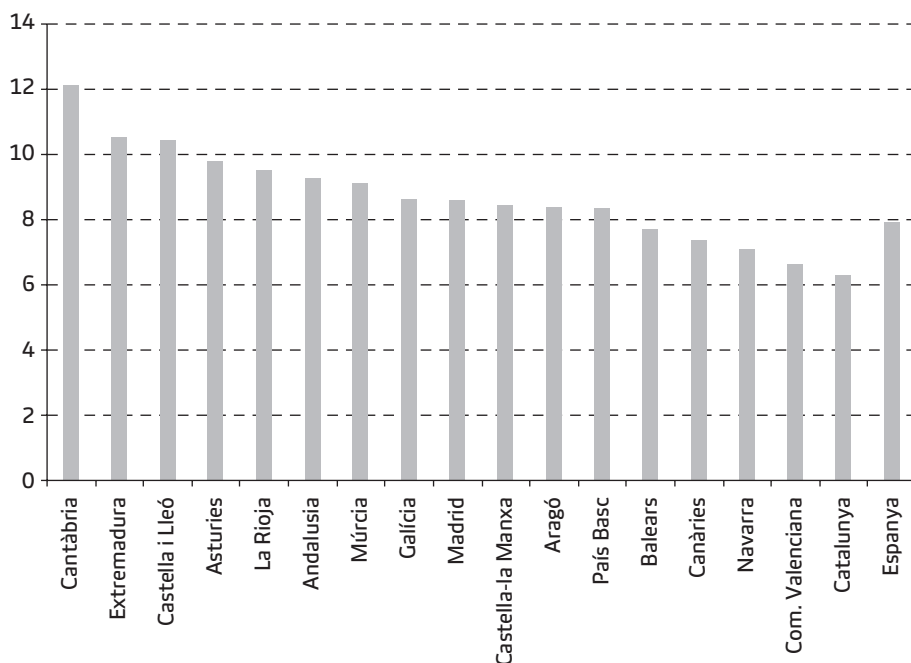
Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2000-2001 i 2008-2009).

Desigualtats en l'accés: el cas de l'alumnat estranger

El gràfic 5.7 presenta informació relativa al grau de normalització de l'accés dels infants d'origen estranger a l'educació infantil (curs 2007-2008). Es valora d'aquesta manera la mesura en què la seva presència a les escoles bressol es correspon amb el seu pes demogràfic en el conjunt de les edats teòriques de referència. A nivell general, les dades mostren com l'índex de normalització en qüestió a nivell de l'Estat es troba significativament per sota d'1 (valor que representa el màxim nivell de correspondència entre proporció d'alumnat estranger i proporció d'infants estrangers en el territori). Això és especialment destacable si es té en consideració que la mesura en qüestió fa referència a la cobertura del conjunt de l'escolarització infantil, el segon cicle de la qual és de caràcter universal (si bé no obligatori). Sigui com sigui, aquest índex es presenta especialment baix en CA com Catalunya, Comunitat Valenciana i Navarra; mentre que en altres com ara Castella i Lleó, Extremadura i Cantàbria l'índex frega, àdhuc supera, el valor de màxima normalització.

Gràfic 5.7

Índex de normalització a l'educació infantil (1r i 2n cicle) (2007-2008)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2007-2008) i de l'INE (dades padronals 2008).

L'educació de persones adultes

L'extensió en la cobertura

Una ràpida mirada a l'evolució del nombre absolut de places d'educació de persones adultes per tipologies d'ensenyament (formal i no formal) entre els cursos 2000-2001 i 2008-2009 permet fer evident dues constatacions: en primer lloc, la preeminència de les places destinades a l'ensenyament formal (educació bàsica i secundària, lingüística i preparatòria d'accés a diferents etapes del sistema educatiu) per sobre del no formal (alfabetització, actualització professional, desenvolupament cultural, personal i sociocomunitari), al conjunt de CA i en ambdós cursos escolars; en segon lloc, el relativament significatiu augment del nombre

Taula 5.15

Nombre de places d'educació d'adults (formal i no formal) (2000-2001 i 2008-2009)

	2000-2001		2008-2009	
	Ens. formal	Ens. no formal	Ens. formal	Ens. no formal
Catalunya**	91.110	44.972	60.973	---
Andalusia	91.106	16.764	104.571	35.775
Madrid	33.186	11.413	41.605	29.731
Castella i Lleó	24.084	11.472	13.944	21.706
Castella-la Manxa	21.007	3.323	29.167	14.985
Canàries*	18.718	---	34.045	12.995
País Basc**	16.869	1.197	25.617	---
Extremadura	14.470	1.731	14.542	2.753
Múrcia	11.166	1.650	10.257	5.322
Aragó	10.614	8.574	13.697	13.065
Com. Valenciana	7.236	17.597	42.842	44.602
Balears	6.744	3.808	8.769	4.209
Astúries	6.246	1.092	4.201	6.186
Galícia***	4.535	---	7.425	---
Cantàbria	2.059	1.220	3.009	4.095
La Rioja	1.793	521	2.090	1.110
Navarra	1.584	1.620	2.434	2.332
Espanya	364.617	127.023	421.277	198.866

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2000-2001 i 2008-2009).

* Dades d'ensenyament no formal (2000-2001) no registrades.

** Dades d'ensenyament no formal (2008-2009) no registrades.

*** Dades d'ensenyament no formal (2000-2001 i 2008-2009) no registrades.

Taula 5.16

Taxa bruta d'escolarització en ensenyaments formals i no formals (2000-2001 i 2008-2009)

	TBE 18-24 anys Ens. formal		TBE 18-24 anys Ens. no formal		TBE 40-64 anys Ens. formal		TBE 40-64 anys Ens. no formal	
	2000-2001	2008-2009	2000-2001	2008-2009	2000-2001	2008-2009	2000-2001	2008-2009
Catalunya	13,97	10,85	6,9	---	4,51	2,52	2,23	---
Extremadura	12,98	14,72	1,55	2,79	4,74	4,1	0,57	0,78
Castella-la Manxa	11,92	15,83	1,89	8,13	4,24	4,6	0,67	2,37
Andalusia	10,59	13,98	1,95	4,78	4,32	3,98	0,79	1,36
Castella i Lleó	10,02	7,34	4,77	11,42	3,11	1,6	1,48	2,49
Aragó	9,43	13,49	7,62	12,87	2,8	3,09	2,26	2,95
Canàries	9,15	18,59	---	7,1	3,63	4,87	---	1,86
País Basc	8	17,68	0,57	---	2,39	3,31	0,17	---
Múrcia	7,81	7,97	1,15	4,14	3,43	2,37	0,51	1,23
Balears	7,42	9,69	4,19	4,65	2,5	2,47	1,41	1,18
La Rioja	6,61	8,45	1,92	4,49	2,1	1,98	0,61	1,05
Astúries	5,83	5,77	1,02	8,5	1,73	1,06	0,3	1,57
Madrid	5,67	8,16	1,95	5,83	1,97	2,01	0,68	1,43
Cantàbria	3,58	7,02	2,12	9,55	1,19	1,47	0,71	2
Navarra	2,85	5,22	2,92	5	0,91	1,17	0,93	1,12
Com. Valenciana	1,59	10,55	3,86	10,99	0,56	2,58	1,36	2,69
Galícia	1,56	3,69	---	---	0,52	0,79	---	---
Espanya	8,29	11,28	2,89	5,32	2,90	2,77	1,01	1,31

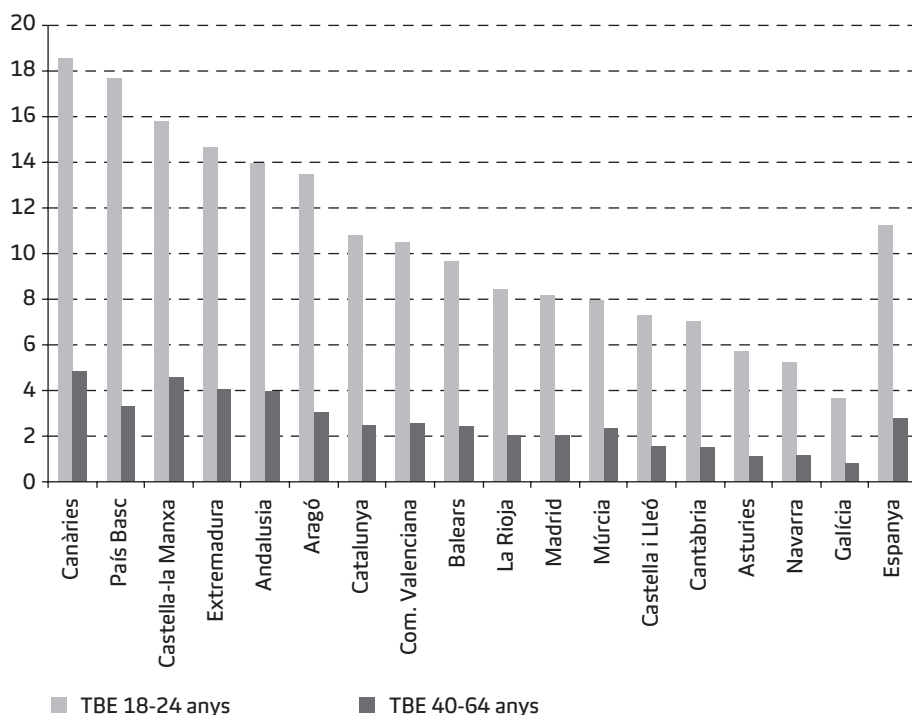
Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2000-2001 i 2008-2009) i de l'INE (dades padronals 2001 i 2009).

de places adreçades a tots dos tipus d'ensenyament a la pràctica totalitat de CA (veure taula 5.15).

Però, més enllà de valorar com han tingut lloc aquests patrons i moviments a les diferents CA, convé fonamentalment fer referència al grau de correspondència entre el nombre de places ofertades i un mateix conjunt poblacional de referència. La taula 5.16 presenta les taxes d'escolarització de les diferents tipologies d'educació d'adults i prenent com a referència dos intervals d'edat, 18-24 anys i 40-64 anys. Aquesta informació és presentada per als cursos 2000-2001 i 2008-2009. Per la seva banda, el gràfic 5.8 focalitza la mirada en el cas dels ensenyaments formals per a totes dues franges d'edat el curs 2008-2009.

Gràfic 5.8

Taxa bruta d'escolarització en ensenyament formal (18-24 i 40-64 anys) (2008-2009)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2000-2001 i 2008-2009) i de l'INE (dades padronals 2001 i 2009)

A nivell general s'adverteix com la tipologia d'educació d'adults centrada en l'ensenyament formal té especial preeminència per sobre dels ensenyaments de caràcter no formal, en ambdues franges d'edat i a tots dos cursos escolars. Com és d'esperar, aquest patró és especialment manifest quan es pren com a referència la població de 18 a 24 anys. També les activitats educatives no formals semblen més preeminents entre aquest sector de població que entre aquell en edats compreses entre 40 i 64 anys, però les distàncies no són tan pronunciades com en el cas de l'educació formal. Al mateix temps, és en relació als joves de 18 a 24 anys que en el decurs entre aquests dos cursos més sembla haver crescut la cobertura d'ambdues tipologies d'activitats formatives. De fet, entre el sector de 40 a 64 anys, la cobertura global de l'oferta educativa per a adults sembla haver-se reduït.

Per CA, el curs 2008-2009, aquelles que semblen disposar d'una major borsa de places d'educació formal per a ambdues franges d'edat són Canàries, País Basc,

Castella-la Manxa i Extremadura; aquelles que presenten menor cobertura són Galícia, Navarra i Astúries. El mateix curs, però, en el camp de l'educació no formal s'apunta una cobertura superior (amdós intervals d'edat) en CA com Aragó, Castella i Lleó i Comunitat Valenciana; i inferior Extremadura, Múrcia i La Rioja. A Galícia, Catalunya i País Basc l'oferta d'ensenyaments no formals no es troba registrada.

5.3. Discussió

A tall de síntesi, es presenten en aquest apartat els resultats de l'operació de diferents creuaments entre algunes de les variables clau d'enfocament i política educativa repassades de forma individual al llarg del text. Més concretament, l'objectiu és aquí donar un cop d'ull a la relació entre diferents variables relatives al finançament de l'educació a nivell autonòmic, i algunes mesures de cobertura de les diferents etapes del sistema educatiu. D'aquesta manera es pot oferir una visió un xic més contrastada del tipus de cobertura escolar, en termes d'intensitat i extensitat, que proporcionen els diferents camps d'actuació educativa analitzats. En definitiva, aquest exercici permet localitzar alhora de forma força il·lustrativa la posició ocupada per cadascuna de les diferents CA en el marc de cadascun dels eixos considerats.

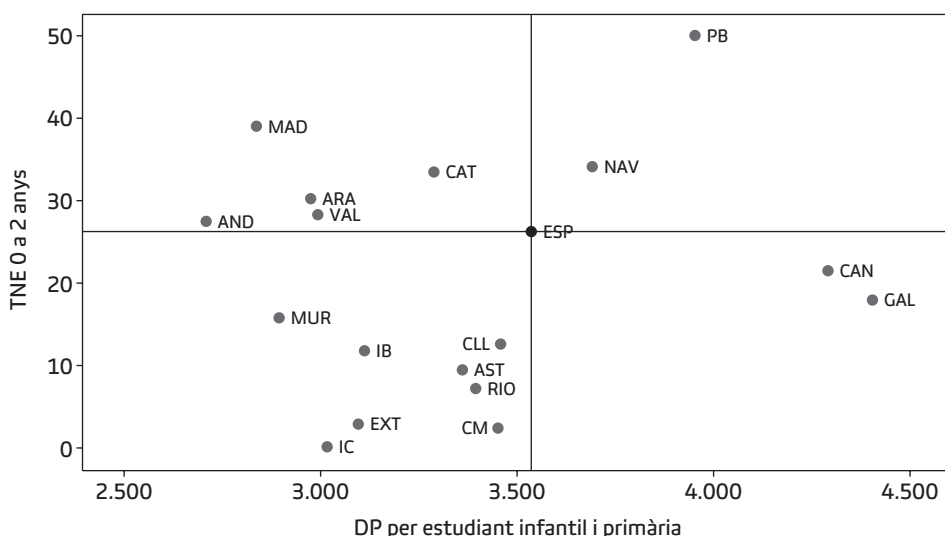
Més enllà de l'escolarització obligatòria: intensitat i extensitat en la cobertura

Parem primer atenció al cas d'aquelles etapes que queden fora de l'educació obligatòria. Advertim així que aquesta divisió trenca en part la resseguida fins ara, que diferenciava entre marcs educatius *mainstream* i marcs més enllà del *mainstream* escolar. Efectivament, els gràfics que segueixen fan referència a la relació entre diferents variables de finançament i taxes de cobertura ambdues referides, de forma successiva, a les etapes d'educació infantil de primer cicle, educació secundària post-obligatòria i educació de persones adultes. Més específicament, per a cadascuna d'aquestes etapes o marcs educatius operem el creuament entre la despesa pública per estudiant i les taxes d'escolarització en les etapes i edats de referència. Proposem, doncs, entendre la posició ocupada per les CA en el sí del creuament dels eixos resultants en termes del grau d'intensitat en la cobertura pública que ofereixen (despesa pública per estudiant) i del nivell d'extensitat d'aquesta cobertura (taxes d'escolarització).

El gràfic 5.9 mostra com les diferents CA es posicionen en el marc de la relació entre la seva despesa pública per estudiant d'infantil i primària, i les seves respectives taxes netes d'escolarització 0-2 anys; en altres paraules, entre l'esforç pressupostari realitzat per estudiant i la quantitat d'infants que aquest esforç aconsegueix abastar. Fruit d'aquest exercici, i prenent com a punt de tall referencial la mitjana

Gràfic 5.9

Relació entre despesa pública per estudiant d'infantil i primària (2007), i taxa neta d'escolarització als 0-2 anys (2008-2009)



d'aquestes mateixes mesures a nivell estatal, es diferencien quatre escenaris diferencials:

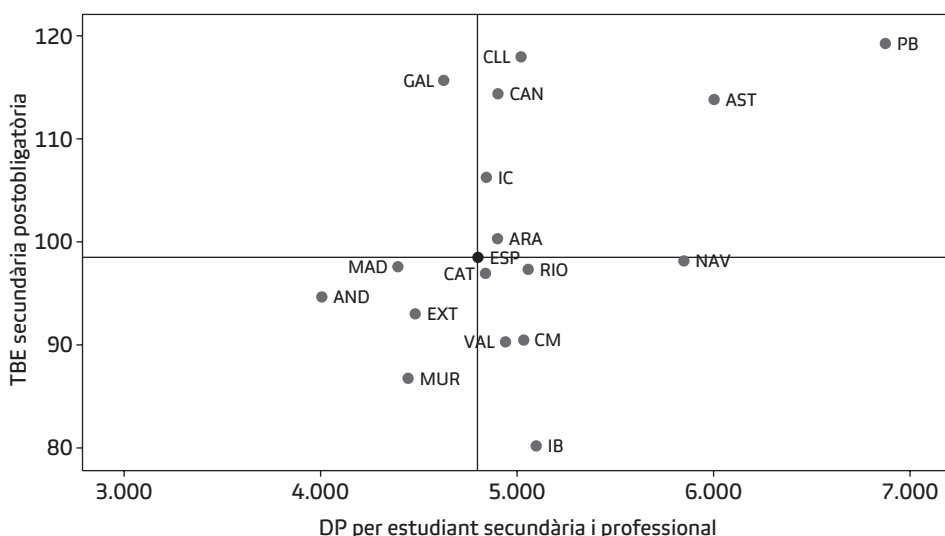
- *Cobertura extensa, però poc intensa* (quadrant superior-esquerre). Hi trobem Madrid, Catalunya, Aragó, Comunitat Valenciana i Andalusia.
- *Cobertura poc extensa, però intensa* (quadrant inferior-dret): Cantàbria i Galícia.
- *Cobertura poc extensa i poc intensa* (quadrant inferior-esquerre): Múrcia, Canàries, Balears, Extremadura, Astúries, Rioja, Castella i Lleó i Castella-la Manxa.
- *Cobertura extensa i intensa* (quadrant superior-dret): País Basc i Navarra.

El gràfic 5.10 opera un creuament similar centrant-se en el cas de l'educació secundària postobligatòria. Així es posa en relació la despesa pública per estudiant de secundària i professional, d'una banda, i la taxa bruta d'escolarització a l'educació secundària postobligatòria (Batxillerat i Cicles Formatius). De nou, s'obren quatre escenaris possibles, sempre en base als valors de la mitjana estatal:

- *Cobertura extensa, però poc intensa* (quadrant superior-esquerre): Galícia.
- *Cobertura poc extensa, però intensa* (quadrant inferior-dret): Catalunya, La Rioja, Navarra, Comunitat Valenciana, Castella-la Manxa i Balears.

Gràfic 5.10

Relació entre despesa pública per estudiant de secundària i professional (2007), taxa bruta d'escolarització postobligatòria (2008-2009)



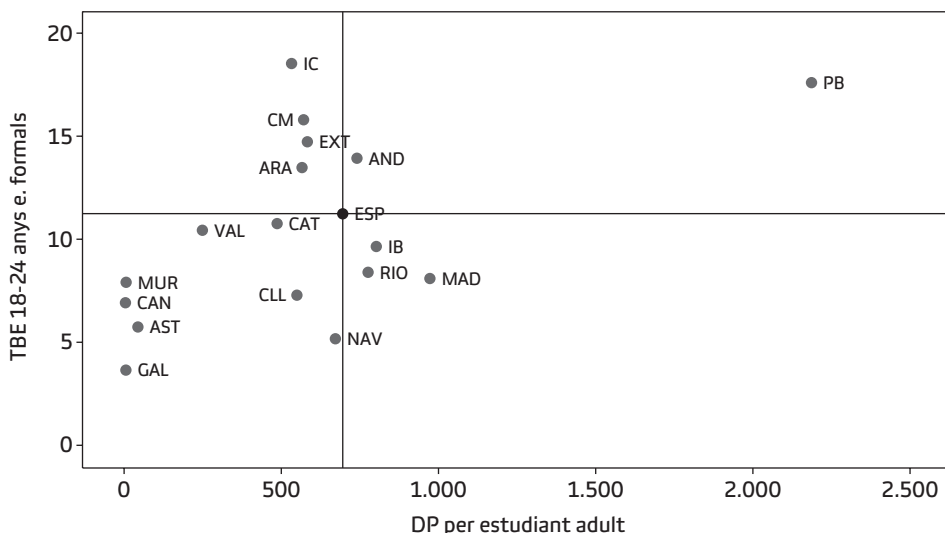
- *Cobertura poc extensa i poc intensa* (quadrant inferior-esquerre): Extremadura, Andalusia, Múrcia, Madrid.
- *Cobertura extensa i intensa* (quadrant superior-dret): País Basc, Astúries, Castella i Lleó, Cantàbria, Canàries, Aragó.

Per acabar, el gràfic 5.11 es fixa en el cas de l'educació d'adults, més particularment, en el tipus de cobertura dels ensenyaments de tipus formal en relació a la franja d'edat on aquests es fan més preeminents (18-24 anys). Aquesta taxa d'escolarització es posada en correspondència amb la despesa pública per estudiant adult. Veiem com se situen les CA en el marc dels quatre escenaris resultants:

- *Cobertura extensa, però poc intensa* (quadrant superior-esquerre): Canàries, Castella-la Manxa, Extremadura i Aragó.
- *Cobertura poc extensa, però intensa* (quadrant inferior-dret): Balears, Madrid, La Rioja.
- *Cobertura poc extensa i poc intensa* (quadrant inferior-esquerre): Catalunya, Comunitat Valenciana, Múrcia, Cantàbria, Castella i Lleó, Astúries, Galícia i Navarra.
- *Cobertura extensa i intensa* (quadrant superior-dret): Andalusia i País Basc.

Gràfic 5.11

Relació entre despesa pública per estudiant adult (2007), i taxa bruta d'escolarització (18-24 anys) a l'educació d'adults, ensenyaments formals (curs 2008-2009)



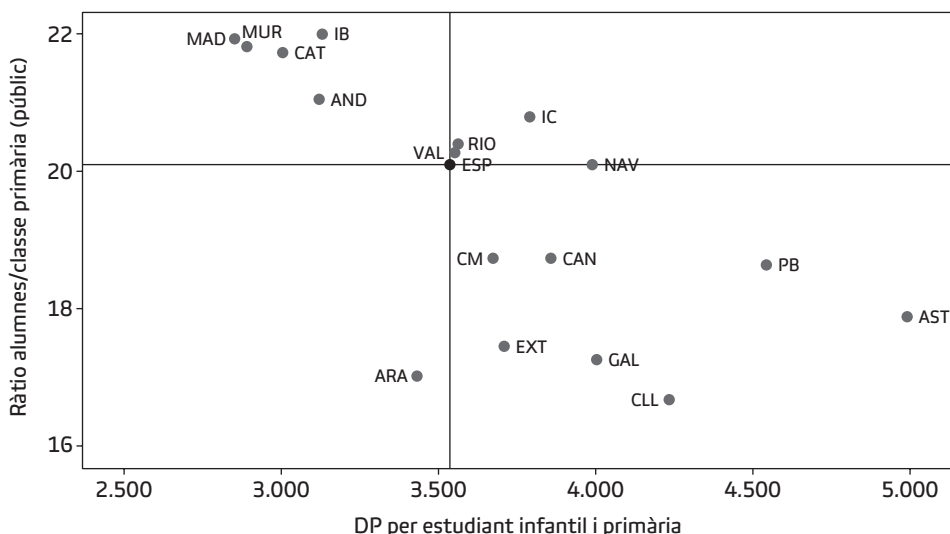
En el marc de l'escolarització obligatòria: intensitat en la cobertura (en atenció i despesa)

D'acord amb el que hem anat insistint en apartats anteriors, no té sentit valorar comparativament el nivell d'extensió en la cobertura escolar atribuïble a la borsa de places escolars pròpies de les etapes d'educació obligatòria. No en va, queda definit legalment que aquestes etapes són de caràcter universal i gratuït, de manera que el conjunt d'infants i nois en edats compreses entre els 6 i els 16 anys tenen el dret de disposar d'una plaça escolar públicament finançada (a més del deure d'escolaritzar-se en un o altre tipus de centre). En canvi, sí resulta d'interès valorar el tipus d'intensitat en la cobertura escolar que en aquestes etapes s'ofereix a cadascuna de les diferents CA

En aquest sentit, els dos gràfics que es presenten a continuació plantegen el creuament entre dos eixos o variables que, al seu temps, ofereixen la visió de dues dimensions diferenciades relacionades amb la qüestió de la intensitat en la cobertura. D'una banda, es torna a fer referència a la intensitat relativa a l'esforç pressupostari per càpita (despesa pública per estudiant), d'altra banda, s'utilitza una segona variable associada a la intensitat en l'atenció educativa pública (ràtio alumnes/aula en centres públics).

Gràfic 5.12

Relació entre despesa pública per estudiant d'infantil i primària (2007), i ràtio alumnes/classe a la primària, sector públic (curs 2008-2009)



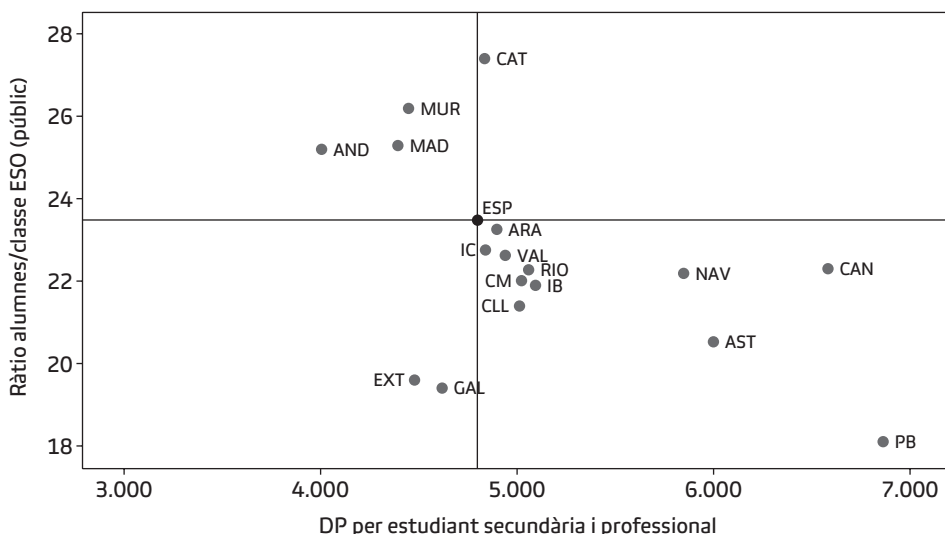
El gràfic 5.12 mostra el posicionament de les CA en el marc del creuament d'aquests eixos per al cas de l'educació primària. Es relaciona així la despesa pública per estudiant d'infantil i primària amb la ràtio alumnes/aula a l'educació primària (sector públic). Les quatre combinatòries possibles poden categoritzar-se de la següent manera:

- *Despesa intensiva, atenció no intensiva* (quadrant superior-dret): Canàries, Rioja i Comunitat Valenciana.
- *Despesa no intensiva, atenció intensiva* (quadrant inferior-esquerra): Aragó.
- *Despesa no intensiva, atenció no intensiva* (quadrant superior-esquerra): Múrcia, Balears, Madrid, Catalunya i Andalusia.
- *Despesa intensiva, atenció intensiva* (quadrant inferior-dret): Astúries, País Basc, Cantàbria, Castella i Lleó, Castella-la Manxa, Galícia, Extremadura i Navarra.

El gràfic 5.13 combina els mateixos eixos d'anàlisi referits, en aquest cas, a la situació de l'ESO. Es posa així en relació la despesa pública per estudiant de secundària i professional, d'una banda, i la ràtio d'alumnes/aula a l'ESO (centres públics). En referència als valors corresponents de la mitjana estatal, els quatre escenaris que es dibuixen són:

Gràfic 5.13

Relació entre despesa pública per estudiant de secundària i professional (2007), i ràtio alumnes/classe a l'ESO, sector públic (curs 2008-2009)



- *Despesa intensiva, atenció no intensiva* (quadrant superior-dret): Catalunya.
- *Despesa no intensiva, atenció intensiva* (quadrant inferior-esquerra): Extremadura i Galícia.
- *Despesa no intensiva, atenció no intensiva* (quadrant superior-esquerra): Andalusia, Múrcia i Madrid.
- *Despesa intensiva, atenció intensiva* (quadrant inferior-dret): País Basc, Astúries, Navarra, Cantàbria, Castella i Lleó, Castella-la Manxa, Balears, La Rioja, Comunitat Valenciana, Canàries i Aragó.

5.4. Conclusions

Tal i com formulàvem en la introducció d'aquest apartat, no hem pretès aquí valorar els efectes sobre les desigualtats educatives (al nivell interterritorial o intraterritorial) atribuïbles a la plasmació de diferències autonòmiques en el terreny substantiu de la política educativa. Tanmateix, alguns dels resultats prèviament presentats sí ens han permès abordar la relació que, en la comparativa autonòmica, es dibuixa entre determinades dades de finançament i certs indicadors de cobertura. Així, si

parem atenció a les dades de despesa pública unitària (per estudiant d'ensenyament reglat), efectivament trobem comunitats autònomes que recurrentment apareixen situades per sobre de la corresponent mitjana espanyola –cas del País Basc, Astúries i Navarra–, mentre que d'altres resten sensiblement per sota d'aquesta mitjana –hi destaquen els casos de Múrcia i Andalusia. I val a dir que les posicions ocupades per aquestes CA (posicions més extremes) no han experimentat canvis substancials des del 2000. Però la constatació que aquí convindria emfasitzar és la inexistència de correlacions significatives entre els indicadors de despesa i les mesures de cobertura. Recuperant els termes utilitzats en l'apartat anterior, diríem que no es dibuixa una relació significativa entre el grau d'intensitat en la despesa i el nivell d'extensió en la cobertura d'aquells ensenyaments de caràcter no obligatori (infantil de primer cicle, postobligatori i d'adults); d'igual forma, tampoc semblen mantenir cap relació significativa el nivell d'intensitat de la despesa i el grau d'intensitat de l'atenció educativa (mesurada en la ràtio d'alumnes/aula) en el marc dels ensenyaments obligatoris. És a dir, en el pla substantiu, i sobre la base de les variables aquí treballades, no s'apunten clars conglomerats multifactorials de CA. En altres paraules, al nivell que ara ens ocupa, no pot parlar-se de l'existència de patrons generals autonòmics sòlids en el terreny de la realitat i la política educativa. Serà necessari afinar l'anàlisi, tot incorporant ingredients relatius a la dimensió operativa de les polítiques educatives, per tal de valorar dimensions complementàries susceptibles (o no) de modelitzar diferents règims educatius autonòmics.



6. LA DIMENSIÓ OPERATIVA DE LES POLÍTIQUES EDUCATIVES AUTONÒMIQUES: CONVERGÈNCIES I DIVERGÈNCIES

Miquel Àngel Alegre i Xènia Chela

6.1. Introducció

Hem dedicat altres capítols a l'anàlisi de les dimensions simbòlica i substantiva de les polítiques educatives que es contemplen a les diferents CA. En l'aquí present ens ocuparem de repassar els posicionaments i tendències relatives de les diferents comunitats autònomes al voltant de dues lògiques clau en la caracterització de la dimensió operativa d'aquestes polítiques: l'eix mercantilització i l'eix municipalització. Més concretament, i en la mesura del possible, pararem atenció al pes que les diferents variables associades a la mesura que aquests eixos tenen en les diverses etapes del cicle educatiu, ubicant aquestes etapes segons es corresponguin amb els marcs educatius *mainstream* (Educació Primària, ESO, i Secundària Postobligatòria) o bé als marcs educatius més enllà del *mainstream* escolar (Educació Infantil de primer cicle, i Educació d'Adults). El sentit d'aquesta diferenciació ha estat ja justificat en l'esmentat capítol d'anàlisi discursiva.

Després d'enquadrar i justificar els plantejaments i orientacions d'aquest estudi (apartat 2), presentem en el tercer apartat els principals resultats derivats de l'estudi de tot un seguit de variables relacionades amb les dimensions d'anàlisi prioritzades. Més concretament, com a mesures clau del caràcter més o menys mercantilitzat de la provisió educativa de les diferents CA utilitzarem, d'una banda, el pes del sector privat en el marc de la xarxa escolar existent, i de l'altra, algunes dades sobre despesa pública enunciades ja en el capítol anterior (entre elles, el pes de la despesa en ensenyaments privats concertats). Pel que fa als posicionament autonòmics al voltant de l'eix municipalització, focalitzarem la nostra atenció en la qüestió dels recursos; més específicament en la despesa relativa que els ens locals destinen a l'educació sobre el total de despesa pública en educació realitzada per cada CA. En el punt 4 serà el moment de proposar un cert exercici tipològic, tot tractant de modelitzar els perfils de règim escolar que sorgeixen de posar en relació el nivell d'esforç general que les CA realitzen en el finançament de la política educativa amb, d'una banda, la importància dels seus corresponents sectors privats i, de l'altra, el pes de la despesa pública realitzada pels ens locals sobre el total de la despesa pública en educació a cadascuna de les CA. Finalment, destinem l'apartat de conclusions a revisitar en clau interpretativa els principals resultats exposats al llarg d'aquestes pàgines.

6.2. Emmarcament de l'estudi

6.2.1. Les fonts de benestar

Són múltiples i diverses les mutacions que ha sofert el denominat *estat del benestar* des del seu context de consolidació, localitzat a l'Europa occidental de la segona me-

tat del segle xx. Paral·lelament, han estat i són també múltiples i diverses les interpretacions que des de l'òrbita acadèmica s'han proporcionat respecte de la mesura i sentit d'aquestes mutacions. Així les coses, entendre i donar compte dels efectes de les actuals conformacions del benestar sobre les oportunitats vitals de les persones i dels diferents col·lectius socials esdevé una tasca carregada de complexitats.

En el pla analític, convé destacar aquelles aportacions que en els darrers anys diversos autors han desenvolupat amb l'objectiu de proporcionar un model interpretatiu adequat a la naturalesa polièdrica de les característiques i processos dels sistemes de benestar contemporanis (Adelantado, 2000; Gomà i Subirats, 1998). Complementant i, en certa mesura, integrant les aportacions de teòrics com Esping-Andersen (1990), Habermas (1986, 1987), Polanyi (1989), Mingione (1993), Offe (1990) o Walzer (1988), els autors als que fem referència, ofereixen una conceptualització de l'estructura social que, més enllà del pes dels diferents eixos de desigualtat (classe, gènere, ètnia, edat...) i la diversitat d'actors col·lectius (més o menys formalitzats) implicats en ella; incorpora com a context de fons el joc de quatre grans esferes institucionals mútuament interdependents: mercantil, estatal, domèsticofamiliar i relacional.

Als efectes de la qüestió que aquí ens ocupa, adquireix sentit concebre les quatre esmentades esferes institucionals en tant que fonts proveïdores de "benestar educatiu", en altres paraules, en tant que contextos interdependents en què les persones i els grups juguen les seves oportunitats educatives. Així, breument referides, parlarem de les següents fonts del benestar:

El mercat. Representa la font principal de producció i intercanvi material, on el producte a intercanviar és entès com una mercaderia (es tracti d'objectes manufacturats o de la pròpia força de treball). En termes generals, el seu principal mecanisme organitzador no és altre que la llei de l'oferta i la demanda, un sistema d'intercanvi basat en la quantificació dels preus i en la premissa que els actors interactuants basen el seu comportament en l'afany d'obtenció del màxim benefici. Aquesta esfera jerarquitzava les relacions socials segons la capacitat de compra-venda dels actors. Alhora, la denominada "crisi de l'estat del benestar" ha estat habitualment interpretada com a causa de la irradiació de dinàmiques de mercantilització a tot un conjunt de contextos de relacions socials abans no sotmesos a aquesta lògica.

La família. En un sentit restringit aquesta font comprèn les activitats que es realitzen dins de les unitats mínimes de coresidència (llar domèstica), unes activitats principalment centrades en la prestació de cura personal i en la relació de la llar amb altres contextos de relació social (treball reproductiu), en qualsevol cas, al marge de l'estricta intercanvi mercantil. Històricament l'eix organitzador d'aquesta font ha estat basat en el tradicional sistema de divisió sexual del treball arrelat en el patriarcat, el qual ha atribuït aquestes tasques fonamentalment a les dones. En aquest procés han estat construïts els tradicionals rols de gènere i les principals jerarquies públiques i privades associades a aquests rols. Al mateix temps, la provisió de benes-

tar en mans d'aquesta font cobreix també el suport afectiu i material "voluntari" als membres més vulnerables de la llar.

L'Estat. Es tractaria d'aquella esfera o context constituït per l'aparell institucional i administratiu públic, així com pel conjunt d'actuacions generades en aquest mateix marc. El principal eix organitzador d'aquesta font és el poder polític, és a dir, el monopoli estatal de les assignacions col·lectives vinculants (definició de drets i deures), el qual es plasma principalment en la capacitat de regulació normativa, i en els processos de gestió i focalització de recursos, programes i serveis. El pes de l'estat és, doncs, clau a l'hora de marcar tot un seguit de jerarquies entre individus i grups, a l'hora d'establir les regles del seu camp de joc, altrament dit, a l'hora de delimitar el sentit del conflicte social "legítim".

L'esfera relacional. Ens referim aquí a aquell benestar que pot ser proveït per la vinculació dels individus a uns determinats tramats col·lectius, de naturalesa més o menys formalitzada; en tot cas, xarxes que transcendeixen l'àmbit més estrictament privat. L'eix organitzador d'aquesta vinculació pot ser múltiple, com diversos poden ser els seus nivells d'intensitat, i heterogenis els interessos focals de les mateixes xarxes i beneficis que aporten (des de la defensa d'uns determinats interessos, al suport afectiu i material, passant per la facilitació de referents identitaris). Acostuma a establir-se una divisió interna en els d'aquesta esfera, distingint segons el grau d'institucionalització o formalització dels vincles col·lectius en qüestió (Mingione, 1993). Així s'identifica, d'una banda, la subesfera associativa, formada per conjunts d'associacions, entitats i moviments amb un cert grau de formalització i reconeixement públic, i d'altra banda, la subesfera comunitària, on els vincles col·lectius romanen en la informalitat i s'entenen més en clau de reciprocitat o solidaritat que en termes d'agrupació basada en l'acceptació de criteris externs i estratègies explícitament normativitzades.

D'acord amb l'argument resseguit, convé entendre la noció d'estructura social com a fenomen derivat del creuament entre esferes institucionals, eixos de desigualtat i actors col·lectius; mentre que la política social seria entesa com a factor condicionat per aquesta estructura social al temps que modulador del paper que, en el procés de provisió de benestar, acaba recaient sobre les diferents esferes institucionals. Més específicament, la política social no tan sols té capacitat per incidir sobre la conformació dels eixos de desigualtat o els actors col·lectius regulant-hi la distribució de recursos entre categories de persones; més enllà d'aquesta capacitat es pot concebre la política social com a procés que impacta sobre la desigualtat a través de l'alteració dels fluxes de recursos de benestar entre esferes, mitjançant procediments de mercantilització-desmercantilització, estatalització-desestatalització, familiarització-desfamiliarització, comunitarització-descomunitarització.

En resum, i aterrant sobre la qüestió que més directament ens ocupa, podem entendre que la política educativa, a través de la seva dimensió operativa i procedimental, contribueix a modular el rol que cadascuna d'aquestes fonts pot acabar jugant en l'oferiment d'uns o altres recursos i oportunitats educatives.

6.2.2. Fonts de benestar i política educativa

El mercat i les oportunitats educatives. De forma molt resumida, pot interpretar-se que l'esfera mercantil es relaciona amb les oportunitats educatives dels individus ja sigui per via directa o indirecta. Els efectes indirectes del mercat són bàsicament aquells que delimiten les opcions formatives a través dels seus impactes sobre el camp del treball o l'habitatge. Un exemple el trobem en les relacions entre les transformacions del mercat de treball i l'establiment de noves "necessitats" formatives. Efectes directes del mercat sobre el camp de l'educació tindrien a veure, per exemple, amb el seu pes en la conformació de l'oferta formativa obligatòria i postobligatòria (més o menys privatitzada); o amb la participació d'entitats amb afany de lucre (empreses de serveis, per exemple) en la gestió i execució de programes diversos d'activitats extraescolars o complementàries.

La família i les oportunitats educatives. Per als joves de menys edat que resideixen amb els pares, les seves opcions de benestar present i futur depenen en molt bona mesura de les capacitats i accions d'aquests. Això es fa particularment evident en relació al camp de l'educació: famílies invertint en un sentit o un altre en l'educació dels seus fills (escollint un determinat centre escola, apostant o no per l'escola concertada, inscrivint els fills en unes o altres activitats extraescolars, etc.), o, més en general, famílies transmetent un determinat habitus cultural als seus fills.

L'esfera relacional i les oportunitats educatives. També aquesta esfera representa (o pot representar) una important font de provisió de recursos educatius, materials o no, per als individus, tant en el seu vessant associatiu com en el comunitari. Així, per exemple, la participació explícita en el camp de l'educació (associacions d'estudiants, consells escolars...) permet vehicular tot un seguit d'interessos en aquest terreny, mentre que la pertinença informal a determinats grups d'iguals condiona les oportunitats educatives dels joves (rendiment, conformació d'expectatives...). Al mateix temps, el tramit existent d'entitats privades (amb o sense afany de lucre) centrades en l'oferiment d'activitats extraescolars o complementàries de diversa índole condiona les possibilitats educatives dels individus més enllà de l'escola.

L'Estat i les oportunitats educatives. Tal i com dèiem més amunt, el principal poder de l'esfera estatal, més particularment, de la política educativa a l'hora de delinear el conjunt d'oportunitats i recursos educatius disponibles té a veure amb la seva capacitat operativa de modular el paper, més o menys preponderant, que cadascuna de les diferents fonts de benestar pot jugar en aquest sentit. Efectivament, la intervenció directa i substantiva de l'Administració educativa impacta sobre les oportunitats educatives dels individus a diferents nivells: proporcionant centres i escoles públiques on cursar gratuïtament les etapes obligatòries (amb el conjunt de recursos que això suposa: professorat, instal·lacions, treballadors especialistes externs al centre...); assignant beques a l'estudi, per a la compra de material o per al pagament de serveis complementaris, com el transport escolar; finançant dispositius educatius complementaris (equips d'atenció psicopedagògica, de suport lingüístic, d'aco-

llida d'alumnat nouvingut); finançant programes d'activitats extraescolars, etc. La política educativa és també responsable de la definició dels continguts del currículum escolar, així com de l'establiment dels criteris d'accés als diferents centres i etapes formatives. Ara bé, a través de la seva capacitat normativa, la política educativa té efectes evidents sobre el tipus de xarxa escolar que acaba conformant-se en el territori. Per exemple, a través de les seves línies normatives referides a la llibertat d'ensenyament, l'obertura de centres i la concertació pública, fomenta, en un sentit o un altre, la proliferació de centres d'iniciativa privada perceptors de finançament públic; o a través de la regulació local dels serveis educatius extraescolars pot incidir en la conformació d'un mapa d'entitats educatives més enllà de l'escola més o menys mercantilitzat, o de naturalesa més o menys comunitària.

6.2.3. Dimensions prioritzades en l'estudi

Gallego, Gomà i Subirats (2002), en la seva exploració dels règims de benestar autonòmics en els àmbits de l'educació, la sanitat, els serveis socials, l'habitatge i l'ocupació, conclouen dibuixant una primera tipologia del conjunt de CA amb major sostre competencial des dels anys vuitanta. Segons els sistemes de provisió propis d'aquests serveis, semblen predominar les formes públiques i associatives-comunitàries a Navarra i el País Basc, les formes públiques i familiars a Andalusia i Canàries, les formes mercantils i associatives-comunitàries a Catalunya, i les formes mercantils i familiars a Comunitat Valenciana i Galícia.

Essent a debat l'aplicabilitat d'aquesta tipologia al terreny de l'anàlisi més específica de la política educativa, convé introduir un primer advertiment. D'acord amb l'argumentació de Bonal et al. (2005: 153), és evident que les formes pública, mercantil, familiar i relacional tenen una traducció diferent segons s'afronti la provisió de serveis escolars o bé la facilitació de recursos extraescolars. Aquesta tesi ha quedat ja palesa en el decurs d'allò tractat en el subapartat anterior. En definitiva, mentre que en el cas de les activitats extraescolars, menys subjectes a regulació pública, el ventall existent quant a les seves possibles formes de provisió és força heterogeni i pot implicar el conjunt de fonts proveïdores, en el cas de l'educació escolar pròpiament dita obre menys marge a la pluralitat de formes de provisió, fonamentalment a causa de la seva naturalesa en tant que servei subjecte a una estricta i exhaustiva reglamentació pública. En la mateixa línia de l'estudi de Bonal et al., i atès a la inexistència de dades homologables i comparables entre CA en el camp dels serveis i les activitats extraescolars, restringim la nostra atenció a l'anàlisi de les tipologies de règims autonòmics en el referent a la provisió de serveis escolars.

D'una banda, aquesta priorització ens durà a centrar-nos en els equilibris existents entre les formes públiques i mercantils de provisió escolar. Farem aquí referència a l'abast de les implicacions de la dimensió operativa de les polítiques educatives autonòmiques en relació a l'establiment del *continuum* Estat-mercat; en hi referirem en termes d'"eix mercantilització". D'altra banda, i en certa mesura al marge de la lògica tipològica repassada fins el moment, hem cregut oportú introduir una segona di-

menció operativa referida, en aquest cas, al grau en què l'administració local es presenta en les diverses CA com a institució clau en el procés de provisió d'allò que hem denominat abans "benestar educatiu"; ens hi referirem aquí a l'"eix municipalització". Seguidament ens ocupem de justificar breument el sentit d'aquests dos eixos o dimensions d'anàlisi.

L'eix mercantilització

En termes ideals poden establir-se quatre grans règims escolars d'acord amb el pes que s'atorgui al mercat en el procés de provisió dels serveis escolars: els règims de mercat, de quasi-mercat, de subsidiarietat, o d'escola pública única (Bonal et al., 2005). Efectivament, són diverses les dimensions que componen aquells règims escolars orientats en clau de mercat –o quasi-mercat– escolar, com diverses són les fórmules a partir de les quals els sistemes educatius s'aproximen a aquest model. Podríem aquí subratllar tres d'aquests camins: 1) finançament públic de les escoles privades, normalment "a canvi" que aquestes s'acollin als estàndards curriculars oficials, no cobrin taxes d'inscripció als seus estudiants i no apliquin criteris de discriminació en l'admissió de l'alumnat basats en motius socioeconòmics, racials o de gènere (aquest seria, per exemple, el cas de països com Holanda, Bèlgica o Espanya); 2) desenvolupament de programes de "xec escolar" amb l'objectiu d'obrir l'accés del conjunt dels alumnes a la xarxa d'escoles privades, bé seguint esquemes de prioritització (cas d'alguns Estats dels EE.UU. com Milwaukee, Cleveland o Florida; o d'algunes regions italianes com el Veneto, la Lombardia o la Toscana), bé esquemes universalistes (Xile, Suècia o Dinamarca); 3) diversificació de la xarxa escolar sostinguda amb fons públics, amb el propòsit d'ampliar les opcions d'oferta curricular i institució educativa escollible per les famílies (Anglaterra i Gal·les). Certament, s'observa clarament que un dels principals motors de la tendència d'una part significativa dels països occidentals cap a la introducció de criteris de "quasi-mercat" (Le Grand and Bartlett, 1993) en la configuració dels serveis públics (entre ells l'educació) es troba en el foment d'una major llibertat d'elecció del tipus i perfil de servei a rebre.

A la pràctica, val a dir que avui dia són ben pocs els sistemes educatius contemporanis basats en models extrems de provisió de serveis escolars, ja d'escola pública única, ja de mercat en sentit més estricte. Abunden, en canvi, models de tipus "híbrid" –aquells que esmentàvem sota els termes de quasi-mercat o subsidiarietat–, fórmules que combinen lògiques competitives (entre serveis i entre usuaris) amb criteris regulatius de control públic (tant en el terreny de l'accés com en el relatiu als continguts del servei) i sosteniment també públic de determinats recursos proveïts des del mercat (Vandenbergue, 1999).

Sigui com sigui, a l'hora de caracteritzar el caràcter més o menys mercantilitzat de la provisió educativa de les diferents CA hem pres en consideració un component bàsic en les tendències cap a models generals de quasi-mercat o subsidiarietat i que, a més, pot donar compte de la diversitat interna existent en el marc de l'Estat espanyol: la importància del sector privat (concertat o no) en el si de la xarxa de centres

escolars. En el cas espanyol, la resta de components esmentats més amunt –sistemes de xec escolar o diversificació institucional de la xarxa escolar pública– s’articulen fonamentalment des d’una lògica estatal; en altres paraules, aquestes altres articulacions del sistema educatiu són definides des de l’Administració central, cosa que comporta una forta homogeneïtat entre CA quant a les seves implicacions sobre la dimensió operativa de les polítiques educatives.

Interessarà alhora mesurar el nivell de presència del sector privat en la provisió de places escolars en el marc de diferents conceptes de la despesa pública que les diferents CA destinen a l’ensenyament no universitari. Aquest segon punt d’atenció ens permetrà donar compte de la mida en què l’Estat contribueix a la provisió dels serveis escolars, més enllà de si operativament aquesta es troba més o menys mercantilitzada.

L’eix municipalització

Una més gran implicació dels ajuntaments en el terreny de la planificació i la gestió educatives es considera que té avantatges innegables: la proximitat de les decisions als ciutadans pot millorar la qualitat dels serveis prestats i afavorir la responsabilitat d’aquells que hauran de rendir comptes de la seva gestió; la descentralització pot facilitar també l’impuls d’iniciatives de transversalitat en el territori, una necessitat cada cop més evident per tal d’assegurar la qualitat de les polítiques socials; també des de l’àmbit de decisió local es pot agilitzar i millorar la coordinació dels recursos humans i materials disponibles al territori per a trencar l’aïllament de les escoles i capitalitzar l’oferta educativa del territori en sentit ampli.

En comparació amb anteriors legislacions educatives estatals, la Llei Orgànica 2/2006 (LOE), del 3 de maig, d’Educació avança, si bé tímidament, vers un cert reconeixement del paper que els municipis poden jugar com a agents amb què les CA haurien de poder coordinar-se i cooperar en la gestió de determinats serveis educatius,¹ per exemple en el camp de la formació permanent, l’educació de persones adultes o en els ensenyaments artístics. Pel que fa a l’educació infantil de primer cicle (0 a 3 anys), la LOE reconeix la possibilitat que les administracions locals juguin un paper actiu en la consolidació i gestió de la xarxa de centres que s’ocupen d’aquest cicle educatiu. Molt menys “generosa” és aquesta llei marc quant al paper de l’administració municipal en relació al nucli dur de l’escolarització obligatòria i reglada postobligatòria, a l’àmbit de l’accés escolar, al de la planificació educativa, ni en el de la definició dels continguts curriculars, i al de la innovació pedagògica.

1 Aquest reconeixement fonamentalment es tradueix en la revalidació de la facultat de les CA de delegar certes competències de gestió als ajuntaments i altres ens locals (art. 8), així com en l’oportunitat d’establir procediments i dispositius que afavoreixin el treball conjunt entre administracions autonòmiques, locals i centres educatius (disposició addicional 15a. 1.).

En aquelles CA on l'administració local ha anat adquirint més rellevància en relació a la política educativa, el veritable focus d'atenció ha anat centrant-se en el reconeixement de les dinàmiques de municipalització, principalment dirigit cap al terreny de la gestió i implementació de serveis i programes educatius complementaris o més enllà de l'escola, i molt generalment romanent aquestes dinàmiques sota l'empar del principi de subsidiarietat (Alegre, 2007). Els defensors de l'anomenada "segona descentralització educativa" han insistit en la conveniència d'aprofundir en aquest procés de municipalització i, sobretot, d'estendre'l al conjunt de dimensions que involucra el desenvolupament de la política educativa. Algunes d'aquestes dimensions serien: 1) Definició, identificació i priorització de problemàtiques relacionades amb el conjunt d'àmbits dels serveis educatius (escolarització reglada, formal no reglada, no formal i informal); 2) Traducció estratègica, és a dir, implicació en els processos de concreció de les problemàtiques prioritzades en objectius i línies específiques d'actuació; 3) Gestió de serveis, programes i estructures, i implementació d'actuacions, sota els paràmetres dels principis de cogestió i corresponsabilitat (no de subsidiarietat); 4) Avaluació de serveis, programes, estructures i actuacions, en termes d'impactes, resultats i processos; 5) Assumpció de costos i beneficis polítics del conjunt de les actuacions desenvolupades amb participació dels ens locals.

Tot plegat dóna compte del ventall de dimensions i àmbits de decisió i intervenció susceptibles de ser travessats pels processos de municipalització. Tanmateix, és evident que el rol que els municipis i ens locals puguin jugar en bona part d'ells dependrà dels recursos econòmics de què disposin per al seu acompliment. Des d'aquest punt de vista, podem llegir el pressupost que les corporacions locals destinen a l'educació dels seus ciutadans no només com una mesura del grau de reconeixement com a administració educativa que reben de part de les CA, sinó també com un indicador del marge real de possibilitats que se'ls obre per al desenvolupament d'aquest paper. Tenint en compte aquest fet, juntament amb la naturalesa homologable i comparable d'aquesta mesura –pes de la despesa pública en educació realitzada pels ens locals sobre el total de la despesa pública de les CA–, es justifica la seva utilització com a *proxy* del nivell de municipalització assolit per les diferents comunitats autònomes.

6.3. Resultats

6.3.1. L'eix mercantilització

Tal i com anticipàvem en la introducció d'aquest escrit, prenem com a mesures clau el caràcter més o menys mercantilitzat de la provisió educativa de les diferents CA. Utilitzarem, d'una banda, el pes del sector privat en el marc de la xarxa escolar existent, i de l'altra, dades relatives a la despesa pública en ensenyaments privats contrastats sobre la despesa total en educació no universitària.

Distribució de l'alumnat segons titularitat

D'acord amb l'argumentat més amunt, una variable clau a l'hora de donar compte del caràcter més o menys mercantilitzat de la provisió educativa de les diferents CA és el pes del sector privat en el marc de la xarxa escolar existent, mesurat a través de la comparació entre les proporcions d'alumnes que es troben matriculats, a cada etapa educativa i a cada CA, en centres públics, en concertats i en privats no concertats. Les cinc taules que es presenten tot seguit il·lustren aquesta informació atenent al marc on es localitzen les diferents etapes educatives considerades: dins el *mainstream* escolar (estudis obligatoris i reglats postobligatoris) i fora d'aquest *mainstream* (educació infantil de primer cicle, i educació de persones adultes).

En el marc del mainstream escolar (1): Ensenyaments obligatoris

Les taules 6.1 i 6.2 mostren les dades referents a la proporció d'alumnes matriculats a Primària i ESO a cadascuna de les CA segons la titularitat dels seus centres, per al curs 2000-2001 i 2007-2008 respectivament.

Taula 6.1

Distribució de l'alumnat de primària i ESO entre sectors titularitat, curs 2000-2001

	Primària			ESO		
	Públic	Privat concertat	Privat no concertat	Públic	Privat concertat	Privat no concertat
Castella-la Manxa	80,54	18,16	1,30	79,14	19,3	1,56
Extremadura	79,58	19,63	0,80	78,02	21,62	0,36
Canàries	75,34	17,96	6,70	77,25	16,96	5,79
Andalusia	75,28	22,56	2,16	74,61	23,11	2,28
Múrcia	73,32	25,01	1,67	73,60	25,00	1,40
Galícia	70,28	27,78	1,94	72,51	24,86	2,63
Astúries	67,40	30,44	2,16	67,03	30,87	2,10
Com. Valenciana	67,19	30,64	2,17	65,79	32,02	2,19
Castella i Lleó	66,49	33,04	0,48	65,28	33,25	1,47
Rioja	64,82	35,18	0	60,42	39,41	0,17
Aragó	61,97	35,42	2,61	59,49	37,36	3,16
Navarra	60,14	39,86	0	57,23	41,83	0,94
Cantàbria	59,87	39,19	0,94	63,22	36,75	0,03
Balears	59,67	37,26	3,08	57,50	39,66	2,84
Catalunya	58,53	40,10	1,37	55,25	43,21	1,54
Madrid	53,67	33,52	12,81	55,42	32,66	11,92
País Basc	45,72	53,19	1,09	41,85	57,08	1,07
Espanya	66,63	30,04	3,34	65,80	30,87	3,33

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (curs 2000-2001).

Taula 6.2

Distribució de l'alumnat de primària i ESO entre sectors titularitat, curs 2007-2008

	Primària			ESO		
	Públic	Privat concertat	Privat no concertat	Públic	Privat concertat	Privat no concertat
Castella-la Manxa	82,23	17,26	0,51	80,76	18,22	1,02
Extremadura	78,65	20,84	0,51	76,89	22,62	0,49
Andalusia	75,65	21,23	3,11	75,45	21,72	2,83
Canàries	74,99	19,73	5,27	76,05	19,91	4,03
Múrcia	71,96	26,5	1,54	71,97	26,73	1,30
Galícia	68,42	29,67	1,91	69,64	28,17	2,19
Astúries	68,31	29,28	2,41	65,22	32,46	2,32
Com. Valenciana	67,99	29,41	2,60	67,17	30,58	2,26
Castella i Lleó	66,82	32,75	0,43	63,66	35,69	0,65
Aragó	66,37	30,72	2,90	63,52	34,03	2,44
Rioja	65,93	34,07	0,00	64,36	34,85	0,79
Navarra	63,66	36,34	0,00	60,46	39,54	0,00
Balears	63,24	34,21	2,55	60,84	36,13	3,03
Catalunya	62,93	34,69	2,38	59,14	38,74	2,13
Cantàbria	62,54	37,09	0,37	62,21	37,46	0,33
Madrid	53,18	33,83	12,99	52,61	35,43	11,97
País Basc	49,23	49,86	0,91	44,05	55,10	0,85
Espanya	67,17	29,12	3,71	66,14	30,48	3,37

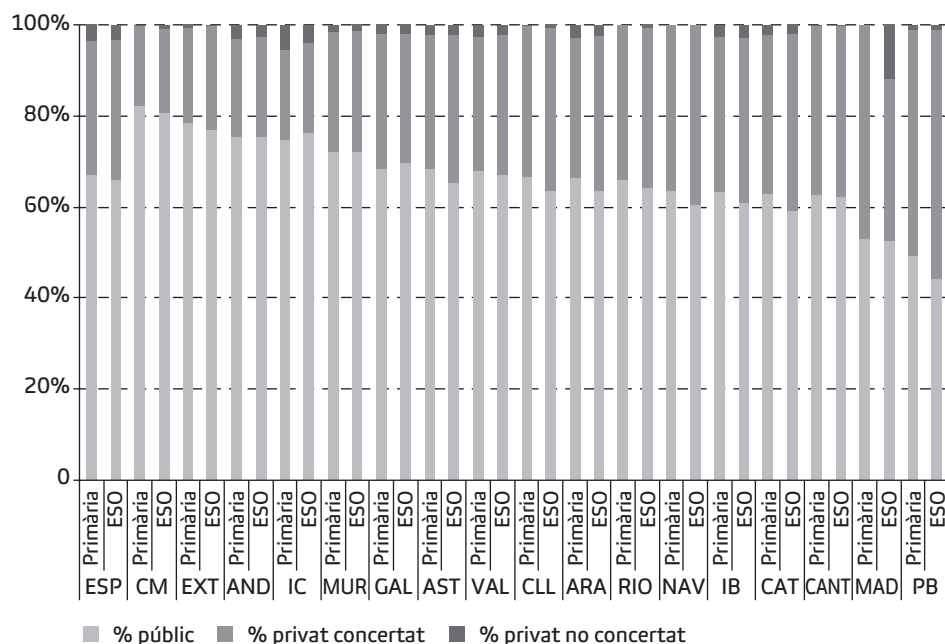
Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (curs 2007-2008).

Una mirada conjunta a ambdues taules permet, d'entrada, derivar dues conclusions generals. En primer lloc, no semblen haver-se produït canvis substancials en el pes que els diferents sectors de titularitat (pública, privada concertada i privada no concertada) tenen a les diferents CA entre els dos cursos presos com a referència. Efectivament, el conjunt de valors aquí presentats, tant els relatius a la primària com a l'ESO, no experimenten variacions significatives, per a cap de les CA, en aquest període. En segon lloc, convé també apuntar la semblança que, en tots dos cursos de referència i en el marc de cada CA, existeix entre el pes del sector privat concertat en l'educació primària i secundària obligatòria. A nivell estatal, per exemple, les magnituds generals es mouen al voltant del 66% d'alumnat matriculat al sector públic, 30% al concertat i 3% al privat no concertat, tant a Primària i ESO com als dos cursos presos de referència.

Aquestes dues constatacions generals expliquen perquè aquelles CA que el curs 1999-2000 disposaven d'un sector concertat amb major pes (amb proporcions simi-

Gràfic 6.1

Distribució de l'alumnat de primària i ESO entre sectors de titularitat, curs 2007-2008



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2007-2008).

lars en el cas de la primària i l'ESO), continuen mantenint-se el curs 2007-2008 en les posicions més elevades d'aquest mateix rànquing. Entre aquestes comunitats destaquen País Basc, Catalunya, Navarra i Cantàbria. A l'altra banda de l'eix, trobem aquelles CA que tant el curs 1999-2000 com el 2007-2008, i tant a Primària com a l'ESO, presenten uns valors sensiblement inferiors a la mitjana estatal: Castella-la Manxa, Canàries, Extremadura i Andalusia.

Pel que fa al pes del sector privat no concertat en la cobertura de places de primària i ESO, convé assenyalar els casos de Canàries i, sobretot, Madrid, amb unes proporcions d'alumnat matriculat en aquest sector força superiors als valors de la mitjana estatal. Concretament, a Madrid aquests percentatges oscil·len al voltant del 13% a Primària (en ambdós cursos) i del 12% a l'ESO (també en ambdós cursos).

En el marc del mainstream escolar (2): Ensenyaments postobligatoris

A diferència d'allò detectat per al cas de l'Educació Primària i l'ESO, els pesos del sector privat (concertat i no concertat) en la provisió de places escolars en el Batxillerat i els Cicles Formatius (Grau Mitjà i Superior) presenten, en conjunt, dinàmiques de

Taula 6.3

Distribució de l'alumnat als ensenyaments postobligatoris entre sectors titularitat, curs 2000-2001

	Batxillerat			CFGM			CFGS		
	Públic	Privat C.	Privat N.C.	Públic	Privat C.	Privat N.C.	Públic	Privat C.	Privat N.C.
Castella-la Manxa	92,70	1,41	5,89	83,33	16,67	0,00	90,97	5,00	4,03
Canàries	92,37	0,00	7,63	94,01	5,82	0,17	97,59	0,00	2,41
Múrcia	91,39	1,41	7,20	75,31	24,69	0,00	88,45	10,67	0,88
Extremadura	90,48	2,39	7,13	86,42	13,40	0,18	91,17	8,83	0,00
Cantàbria	88,68	1,96	9,36	66,96	31,60	1,45	70,10	15,66	14,24
Astúries	87,41	0,59	11,99	82,60	15,94	1,46	75,56	3,58	20,86
Galícia	85,40	0,00	14,60	81,59	16,22	2,19	81,47	0,00	18,53
Castella i Lleó	85,09	4,79	10,12	68,93	30,80	0,27	74,30	23,64	2,06
Andalusia	85,06	6,54	8,39	68,90	30,74	0,36	84,56	9,56	5,88
Rioja	84,23	0,00	15,77	69,28	30,72	0,00	91,14	8,86	0,00
Balears	82,36	8,99	8,66	85,35	12,40	2,25	90,81	6,15	3,05
Com. Valenciana	81,51	1,60	16,89	63,40	33,22	3,38	85,41	11,48	3,11
Aragó	77,97	7,69	14,34	65,09	32,78	2,14	70,95	25,74	3,31
Madrid	71,38	6,81	21,80	73,59	24,91	1,50	74,54	12,44	13,02
Navarra	66,76	32,97	0,27	77,40	21,19	1,41	65,10	23,26	11,65
Catalunya	63,68	14,22	22,11	67,30	27,79	4,90	62,60	31,54	5,86
País Basc	55,00	43,73	1,27	56,37	39,94	3,69	42,91	55,25	1,85
Espanya	78,22	8,85	12,93	72,17	26,00	1,83	74,47	18,47	7,06

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (curs 2000-2001).

major variació, tant entre les tres opcions formatives considerades, com en la comparativa temporal.

A nivell general, convé destacar d'entrada el pes relatiu del nombre de places de Batxillerat ofertes des dels centres privats no concertats, superior en gairebé totes les CA al nombre de places provistes des del sector concertat. Es tracta a més d'un pes relatiu que s'ha vist incrementat en el decurs dels darrers anys: a nivell de mitjana estatal, les escoles privades no concertades han passat d'oferir gairebé el 13% del total de places en el Batxillerat el curs 2000-2001 (en contrast amb el 8,8% cobertes des del sector concertat) a oferir el curs 2007-2008 el 16,04% del total de places disponibles (10,2% els centres concertats). La importància del sector privat no concertat en el Batxillerat és sobretot manifesta en CA com Catalunya i Madrid (curs 2000-2001 i 2007-2008) i La Rioja i Astúries (curs 2007-2008), en les quals els percentatges corresponents superen el 20%. A destacar, per sobre de tot, el creixement que el sector no concertat ha experimentat a Madrid els dar-

Taula 6.4

Distribució de l'alumnat als ensenyaments postobligatoris entre sectors titularitat, curs 2007-2008

	Batxillerat			CFGM			CFGS		
	Públic	Privat C.	Privat N.C.	Públic	Privat C.	Privat N.C.	Públic	Privat C.	Privat N.C.
Castella-la Manxa	89,21	2,53	8,26	86,94	10,65	2,40	92,24	4,50	3,26
Múrcia	87,56	2,44	10,01	74,85	22,85	2,30	88,11	8,44	3,44
Extremadura	85,67	2,93	11,40	87,03	9,67	3,30	94,06	4,64	1,31
Galícia	84,64	0,00	15,36	80,76	16,04	3,20	84,70	7,90	7,40
Cantàbria	82,74	4,51	12,75	67,15	32,85	0,00	75,37	24,39	0,24
Canàries	82,22	1,77	16,01	93,89	5,39	0,72	95,48	1,84	2,68
Andalusia	81,20	6,44	12,35	72,34	25,84	1,81	82,39	12,48	5,13
Rioja	77,87	0,00	22,13	68,71	31,29	0,00	92,32	7,68	0,00
Castella i Lleó	77,41	6,07	16,52	68,67	30,10	1,24	75,13	22,86	2,01
Com. Valenciana	76,60	20,08	3,32	70,80	25,82	3,38	83,64	13,14	3,22
Astúries	75,39	2,64	21,97	76,50	19,01	4,49	83,41	7,74	8,85
Balears	74,89	20,47	4,65	83,77	12,35	3,88	90,04	4,98	4,98
Aragó	72,03	8,19	19,78	69,77	26,77	3,46	70,99	23,14	5,87
Navarra	65,56	34,44	0,00	75,57	24,27	0,16	74,62	23,62	1,76
Catalunya	62,37	14,06	23,58	70,88	22,53	6,59	70,33	21,73	7,94
Madrid	59,32	7,38	33,30	74,26	24,52	1,21	75,35	14,44	10,21
País Basc	52,55	46,56	0,89	56,74	40,46	2,80	49,40	49,42	1,18
Espanya	73,80	10,16	16,04	74,29	22,82	2,89	78,35	16,29	5,36

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (curs 2007-2008).

ers anys, el qual el curs 2007-2008 ofereix el 33,3% del total de places escolars al Batxillerat.

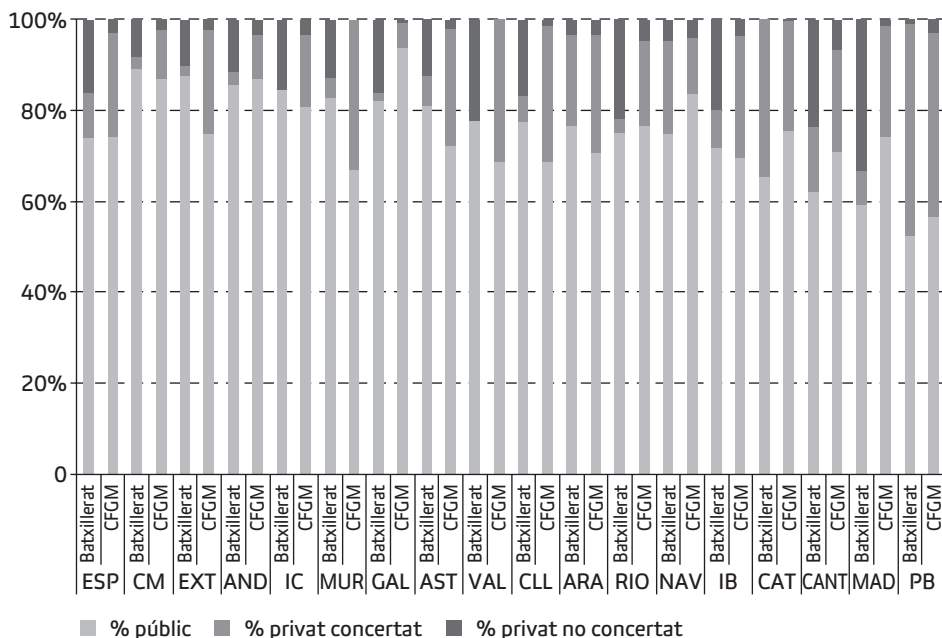
Val a dir que el menor pes del sector concertat en l'opció postobligatòria acadèmica en comparació amb el vist en relació a les etapes de Primària i ESO explica perquè el percentatge total d'alumnat en el sector públic al Batxillerat supera el pes d'aquest mateix sector en les etapes obligatòries. A nivell autonòmic, la importància del sector concertat continua essent significativa allà on ja ho era en la Primària i la Secundària, i tant en el curs 2000-2001 com en el 2007-2008: sobretot al País Basc i Navarra. En correspondència amb tot plegat, la proporció de places ofertes al Batxillerat en els centres de titularitat pública és sobretot destacable en CA com Castella-la Manxa, Múrcia i Extremadura, superant el 90% de places totals el curs 2000-2001, i el 85% el 2007-2008.

En canvi, en el marc de la via professionalitzadora postobligatòria, els pesos relatius dels dos sectors de titularitat privada –concertat i no concertat– s'aproximen a les dades

corresponents a les etapes obligatòries (veure Gràfic 6.2). Això és sobretot evident en el cas dels CFGM. En efecte, el sector privat concertat recupera posicions respecte del no concertat en el context de l'opció professionalitzadora de grau mitjà. A nivell estatal, el 26% del total de places escolars ofertes el curs 2000-2001 i el 22,82% el curs 2007-2008 són cobertes des dels centres privats concertats. A nivell autonòmic, es deixa sentir el pes del sector concertat en CA com País Basc i Cantàbria (2000-2001 i 2007-2008), Comunitat Valenciana i Aragó (2000-2001), i Rioja i Castella i Lleó (2007-2008). D'aquestes CA, tan sols el País Basc i Cantàbria destacaven pel pes de la seva oferta privada concertada en les etapes obligatòries. En contrast, comunitats que mostraven els valors més baixos quant al pes d'aquest sector en les etapes obligatòries, com Canàries, Castella-la Manxa i Extremadura, tornen en el cas dels CFGM a reproduir aquest mateix patró.

Gràfic 6.2

Distribució de l'alumnat de batxillerat i CFGM entre sectors de titularitat, curs 2007-2008



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2007-2008).

Pel que fa als CFGS, la proporció de places escolars cobertes des del sector concertat és, sobretot rellevant, en tots dos cursos escolars, al País Basc (com en el conjunt d'etapes considerades), Aragó i Castella i Lleó (com en els CFGM); i molt més residual en CA com Canàries, Castella-la Manxa i Catalunya (com en les etapes obligatòries, el Batxillerat i els CFGM) i Galícia (com en el Batxillerat i els CFGM). Val a dir que en algunes CA on el sector concertat és menys rellevant, el conjunt de l'oferta privada és

“compensada” per la presència significativa del sector privat no concertat (cas de Galícia i Astúries, per exemple).

Més enllà del mainstream: Educació 0-3 anys i adults

Les dades que s’il·lustren en la taula 6.5 contrasten notablement amb les presentades fins el moment. Es fa aquí referència als equilibris entre l’oferta de places públiques i privades en dues etapes educatives que, fora del *mainstream* escolar, s’associen a moments formatius extrems en el cicle vital: l’educació infantil de primer cicle i l’educació de persones adultes. En cap d’aquests casos es disposa de dades provinents de fonts oficials que permetin el desglossament en el sí de l’oferta de titularitat privada entre sector concertat i no concertat. Més encara, en el cas de la formació d’adults –en el seu vessant d’educació formal–, la informació relativa al percentatge de places privades apareix únicament publicada des del curs 2004-2005, fet que impossibilita una comparativa temporal com la proposada per al cas de l’educació infantil de primer cicle.

Taula 6.5

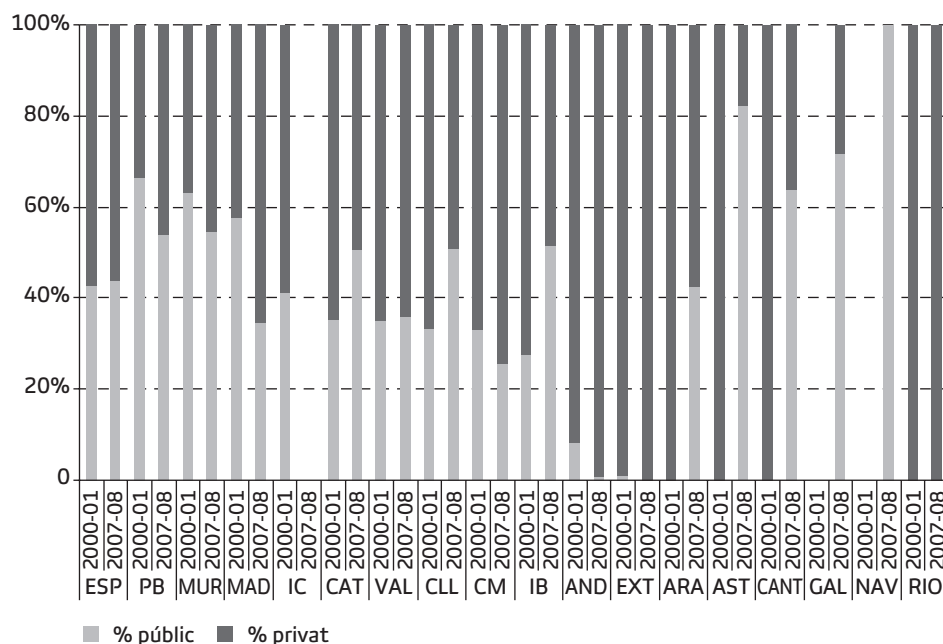
Distribució de l’alumnat a l’educació infantil (1r cicle) i a la formació d’adults entre sectors de titularitat, cursos 2000-2001 i 2007-2008

	0-2				Adults	
	2000/2001		2007/2008		2007/2008	
	Públic	Privat	Públic	Privat	Públic	Privat
País Basc	66,45	33,55	54,01	45,99	98,34	1,66
Múrcia	63,03	36,97	54,66	45,34	100,00	0,00
Madrid	57,70	42,30	34,58	65,42	97,30	2,70
Canàries	40,94	59,06	0,00	0,00	68,31	31,69
Catalunya	35,16	64,84	50,62	49,38	96,05	3,95
Com. Valenciana	35,00	65,00	35,94	64,06	98,56	1,44
Castella i Lleó	33,25	66,75	50,86	49,14	100,00	0,00
Castella-la Manxa	32,76	67,24	25,40	74,60	97,17	2,83
Balears	27,35	72,65	51,56	48,44	99,38	0,62
Andalusia	8,26	91,74	0,59	99,41	100,00	0,00
Extremadura	1,03	98,97	0,00	100,00	98,09	1,91
Aragó	0,00	100,00	42,54	57,46	93,37	6,63
Astúries	0,00	100,00	81,97	18,03	100,00	0,00
Cantàbria	0,00	100,00	63,86	36,14	100,00	0,00
Galícia	0,00	0,00	71,47	28,53	96,74	3,26
Navarra	0,00	0,00	100,00	0,00	96,44	3,56
Rioja	0,00	100,00	0,00	100,00	82,84	17,16
Espanya	42,70	57,30	43,79	56,21	95,94	4,06

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (cursos 2000-2001 i 2007-2008).

Gràfic 6.3

Distribució de l'alumnat d'educació infantil (1r cicle) entre sectors de titularitat, curs 2007-2008



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2007-2008).

Un cop d'ull als valors referents a l'educació 0-3 anys permet assenyalar d'entrada el major pes de l'oferta de places privades en comparació amb les públiques per a ambdós cursos de referència (57,3% vs. 42,7%, respectivament, el curs 2000-2001; 56,2% vs. 43,8%, respectivament, el 2007-2008). A nivell autònomic, el curs 2000-2001 aquest major pes de la cobertura privada és sobretot destacable a Aragó, Astúries, Cantàbria, Rioja, Extremadura i Andalusia, on aquesta proveeix més del 90% del total de places. En canvi, en CA com Múrcia, País Basc i Madrid la proporció de places públiques és superior a l'oferta des del sector privat. Aquesta situació, certament contrastant amb la presentada en relació a les diverses etapes formatives en el marc dels *mainstream* escolar, experimenta canvis substancials el curs 2005-2006 (veure Gràfic 6.3). Si bé Andalusia, Rioja i Extremadura continuen encapçalant el rànquing de CA amb major pes de l'oferta privada, Navarra, Astúries i Cantàbria desenvolupen els seus respectius sectors públics fins al punt que el curs 2007-2008 la proporció de places cobertes per aquest sector supera significativament el conjunt de places proveïdes des de centres de titularitat privada. Aquestes dues CA s'afegeixen a País Basc, Múrcia i Galícia en la conformació d'un grup on el pes del sector públic preval al del privat.

En relació a les activitats d'educació formal destinades a persones adultes, el panorama és, en conjunt, l'invers. En aquest cas, destaca, de forma aclaparadora, l'abast de la cobertura pública per sobre de la privada (95,9% vs. 4,1% el curs 2007-2008). Efectivament, a totes les CA el nombre de places ofertes des del sector públic depassa amb escreix al de les places cobertes des del privat. Únicament, en CA com Rioja i Canàries les places privades representen sobre el total de l'oferta educativa per a adults uns percentatges de certa rellevància: el 17,6% i el 31,7% respectivament.

El finançament de l'educació

Tal i com comentàvem amb anterioritat, interessa en tot cas situar el nivell de presència del sector privat en la provisió de places escolars en el marc de l'esforç pressupostari que realitzen les diferents CA per al finançament de l'educació. En el

Taula 6.6

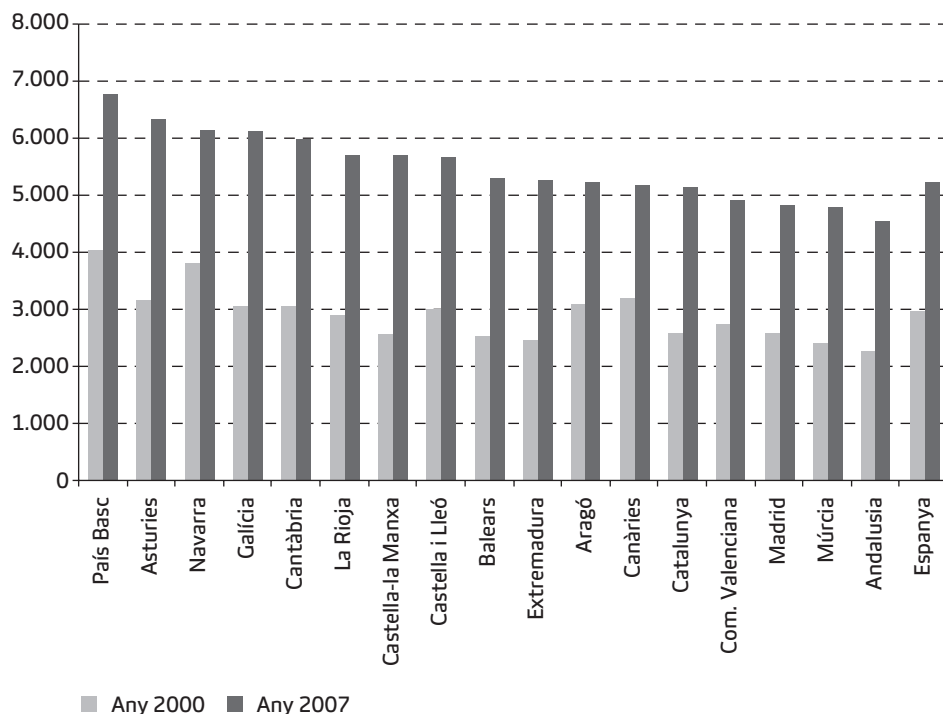
Indicadors de despesa pública, per CA. Anys 2000 (curs 1999-2000) i 2007 (curs 2006-2007)

	Despesa pública en educació (no univ.) per estudiant (en euros)		Despesa pública en ensenyaments privats (concertats)/ despesa pública en educació (no univ.) (%)	
	Any 2000 (curs 1999-00)	Any 2007 (curs 2006-07)	Any 2000 (curs 1999-00)	Any 2007 (curs 2006-07)
País Basc	4.024	6.786	28,3	22,1
Astúries	3.136	6.316	13,3	9,9
Navarra	3.821	6.153	22,0	17,6
Galícia	3.065	6.114	11,5	10,4
Cantàbria	3.061	5.970	19,1	13,8
Rioja	2.894	5.702	17,7	13,6
Castella-la Manxa	2.564	5.693	9,1	0,0
Castella i Lleó	2.992	5.673	15,4	13,4
Balears	2.535	5.306	23,5	17,4
Extremadura	2.451	5.250	7,5	7,9
Aragó	3.088	5.236	17,5	14
Canàries	3.190	5.161	7,0	7,0
Catalunya	2.581	5.145	25,2	16,2
Com. Valenciana	2.745	4.920	17,0	15,3
Madrid	2.573	4.819	18,8	16,8
Múrcia	2.394	4.785	12,7	11,9
Andalusia	2.257	4.528	12,4	9,6
Espanya	2.973	5.228	15,4	13,4

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (2000 i 2007).

Gràfic 6.4

Despesa per estudiant no universitari (en euros), per CA. Anys 2000 i 2007



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (anys 2000 i 2007).

punt 5.2.1 de l'apartat anterior hem ja realitzat un repàs exhaustiu a diferents indicadors referents a la inversió pública en educació, en termes relatius, unitaris i per etapes formatives. En el punt que ara ens ocupa optem per retornar sobre dues d'aquestes variables: la despesa pública per estudiant en l'àmbit de l'educació no universitària, i el pes de la despesa pública en ensenyaments privats concertats. Com és d'esperar, la segona d'aquestes variables manté una correlació significativa amb el pes de l'alumnat que, a les diferents etapes considerades, assisteix a centres privats sostinguts amb fons públics.

La taula 6.6 presenta aquesta informació, per a cada CA i per als anys 2000 (curs 1999-2000) i 2007 (curs 2006-2007). D'acord amb aquestes dades es destaca, en conjunt, el significatiu augment de la despesa pública per estudiant no universitari que s'observa en les diferents CA entre els anys presos com a referència (veure gràfic 6.4). Aquelles CA que fan un major esforç econòmic en relació al volum d'estudiants matriculats en el conjunt d'etapes no universitàries són, per ordre descendent, País Basc, Astúries, Navarra i Galícies, totes elles amb una despesa per càpita superior als

6.000 euros. Les Comunitats que presenten una despesa unitària menor són, per ordre ascendent, Andalusia, Múrcia, Madrid i Comunitat Valenciana, totes amb xifres inferiors als 5.000 euros per alumnes.

En referència al pes de la despesa en ensenyaments privats concertats sobre el total de la despesa pública en educació no universitària, destaquen, l'any 2007 i per ordre descendent, el País Basc, Navarra, Balears, Madrid i Catalunya, totes elles amb un percentatge superior al 16%. Aquestes mateixes comunitats, juntament amb Cantàbria, se situaven el curs 1999-2000 com aquelles que destinaven a l'ensenyament concertat un major percentatge de la despesa. Castella-la Manxa, Canàries i Extremadura són les tres comunitats que, igual com l'any 2000, assignen un percentatge menor de la despesa al finançament d'ensenyaments privats concertats. En termes generals, el valor de la mitjana espanyol permet apuntar la presència d'un lleuger decrement del pes relatiu d'aquesta despesa entre els anys de referència considerats (passant del 15,4% al 13,4% sobre el total de la despesa pública en educació no universitària).

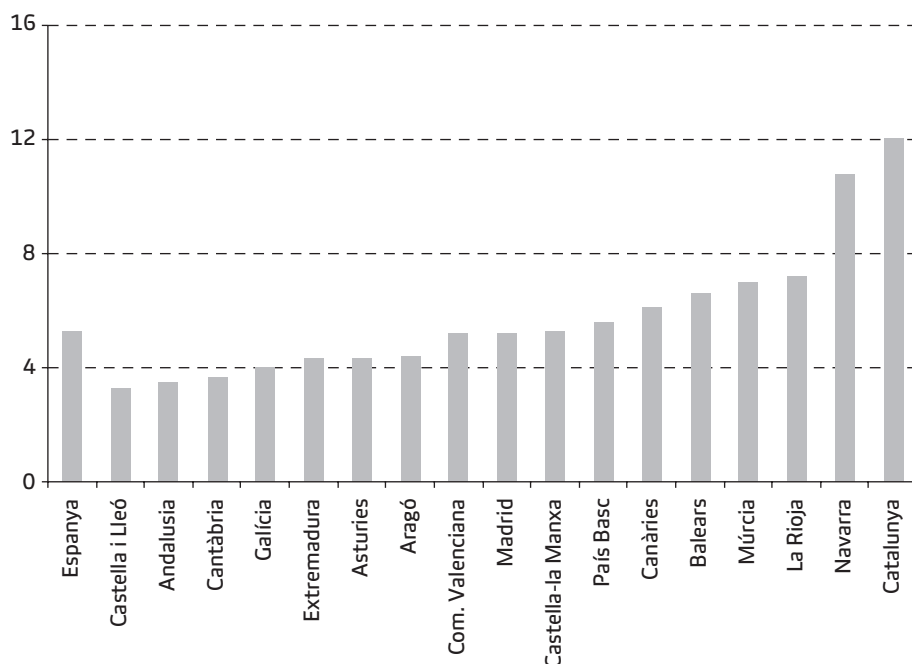
6.3.2 L'eix municipalització

Ens hem referit més amunt a algunes de les principals dimensions i àmbits de decisió i intervenció educativa en relació als quals els partidaris del municipalisme han defensat una major implicació per part dels ens locals. I preveníem aleshores sobre el fet que el paper que des de les corporacions locals pugui acomplir-se en bona part d'aquestes dimensions i àmbits necessàriament vindrà condicionat pels recursos econòmics que aquestes tinguin a l'abast i, a la pràctica, implementin en matèria educativa. Tot plegat justifica que ens cenyim en aquest subapartat a l'abordatge de la qüestió dels recursos. Partirem, doncs, del supòsit que el volum del pressupost que els ens locals destinen a l'educació estableix un indicador homologable al marge de possibilitats que aquests disposen per al desenvolupament del seu rol com a administració educativa. Més concretament, prenem com a mesura *proxy* del grau de municipalització existent a les diferents comunitats autònomes el pes de la despesa pública en educació realitzada pels ens locals sobre el total de la despesa pública a cadascuna de les CA. Les dades sobre el volum de la despesa pública en educació realitzada des de les corporacions locals són únicament disponibles, en els registres oficials, des de l'any 2003, fet que impossibilita una visió longitudinal com l'efectuada en subapartats anteriors.

El gràfic 6.5 il·lustra els valors autonòmics relatius a la mesura a què ens venim referint per l'any 2007. S'observa com la mitjana estatal situa en el 5,3% la proporció de despesa pública en educació (despesa total) atribuïble a la despesa pública efectuada des de l'àmbit municipal. Sensiblement, per sota d'aquest llindar se situen CA Castella i Lleó (amb un 3,3%), Andalusia (3,5%) i Cantàbria (3,7%); significativament per sobre trobem La Rioja (7,2%) i, sobretot, Navarra (10,8%) i Catalunya (12%). Els valors referents a la resta de CA s'ubiquen en una franja intermitja de rang molt reduït (3 punts).

Gràfic 6.5

Despesa pública en educació coberta per les corporacions locals, per CA, any 2007



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministerio de Educación (anys 2000 i 2007).

6.4. Discussió

A mode de síntesi, presentem en aquest apartat els resultats de l'operació de diferents creuaments entre algunes de les variables clau relatives a les tendències de mercantilització i municipalització de la política educativa analitzades de forma individual en apartats anteriors. Més específicament, la finalitat és aquí posar en relació el nivell d'esforç general que les CA realitzen en el finançament de la política educativa amb, d'una banda, la importància dels seus corresponents sectors privats i, de l'altra, el pes de la despesa pública realitzada pels ens locals sobre el total de la despesa pública en educació a cadascuna de les CA. A través d'aquest exercici pretenem emmarcar els sentits de les dues lògiques operatives repassades –mercantilització i municipalització– en el context del nivell de la intensitat en la cobertura pública existent a les diferents comunitats autònomes.

6.4.1. Mercantilització i esforç pressupostari

Aquest subapartat proposa el creuament entre dues mesures clau examinades més amunt, l'una relativa a l'eix mercantilització i, l'altra, referent a la intensitat del finançament públic destinat a educació a cadascuna de les CA. Més concretament, posem aquí en relació, per als cursos 1999-2000 i 2006-2007, la proporció d'alumnes a l'ensenyament no universitari matriculats en centres privats (concertat i no concertats), i la despesa pública que cada CA destina com a mitjana per estudiant a l'ensenyament no universitari.

Aquest exercici és en gran mesura deutor del realitzat per Bonal et al. (2005) en el seva descripció de l'evolució de les polítiques educatives autonòmiques. Aquests autors operen un creuament força similar, si bé partint de variables un xic diferents. Concretament, com a mesura de mercantilització contemplen el percentatge d'alumnes matriculats en centres concertats (excloent-hi els ensenyaments privats no concertats); en el pla del finançament prenen en consideració la despesa pública per càpita a les diferents CA, prenent com a referència les xifres relatives al total d'aquesta despesa (no només a la destinada als ensenyaments no universitaris). Aquest creuament és dut a terme considerant dades de l'any 2001. De forma molt resumida, els resultats que els autors deriven d'aquesta operació apunten l'existència de tres perfils de règim autonòmic internament més o menys homogenis:

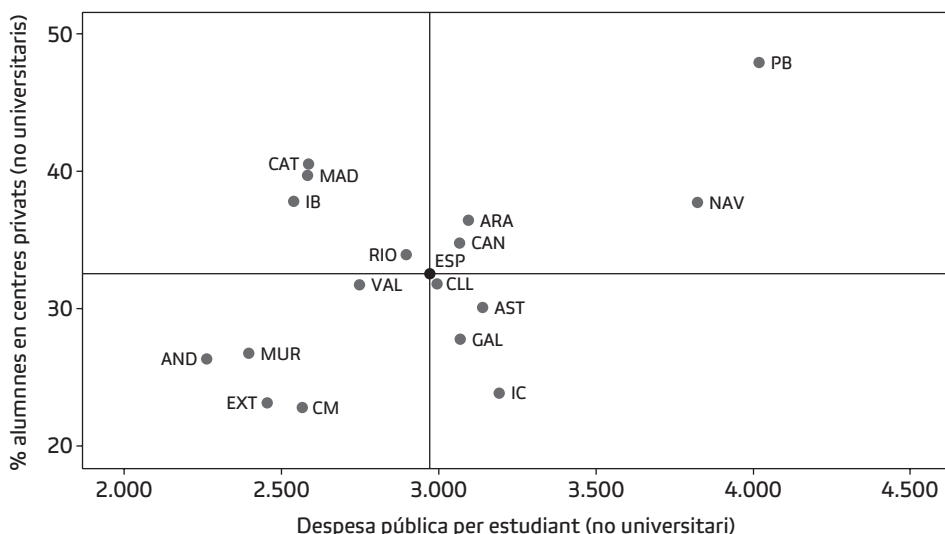
- *Règims subsidiaris amplis* (despesa elevada i alt nivell de concertació): País Basc.
- *Règims públics bàsics* (despesa reduïda i baix nivell de concertació): Andalusia, Canàries, Castella-la Manxa i Extremadura.
- *Règims subsidiaris bàsics*, on s'inclouen dos subtipus diferenciats: d'una banda, Balears, Catalunya, Navarra i Madrid; comunitats similars per que fa als nivells de concertació, però diversos en el relatiu al grau de despesa per càpita; d'altra banda, Aragó, Astúries, Cantàbria, Castella i Lleó, Comunitat Valenciana, Galícia, Rioja i Múrcia; comunitats molt disperses pel que fa al nivell d'estudis mitjà de les seves poblacions actives.²

El gràfic 6.6 mostra els resultats del nostre exercici de creuament per a l'any 2000 (curs de referència 1999-2000). Fent servir la mateixa terminologia utilitzada per Bonal et al. a l'hora de referir-se al grau d'intensitat del finançament (règims de tipus "ampli" vs. règims de tipus "bàsic") i a la presència del sector privat en l'oferiment de cobertura escolar (règim "públic" vs. règim "subsidiari"), identifiquem les següents quatre tipologies de règim escolar:

2 En efecte, Bonal et al. (2005) incorporen el nivell d'estudis mitjà de la població activa a cada CA com a mesura de control del posicionament final de cadascuna d'elles en el marc dels models de règims escolars construïts.

Gràfic 6.6

Creuament entre el pes del sector privat (curs 1999-2000) i la despesa pública per estudiant (any 2000), per CA



- *Règims subsidiaris amplis* (quadrant superior dret): País Basc i Navarra, com a exemples més clars; i Aragó i Cantàbria, com a exemples menys extrems.
- *Règims públics bàsics* (quadrant inferior esquerre): Andalusia, Múrcia, Castella-la Manxa i Extremadura, com a exemples més clars; i Comunitat Valenciana com a cas menys extrem.
- *Règims subsidiaris bàsics* (quadrant superior esquerre): Catalunya, Madrid i Balears, com a exemples clars; Rioja com a cas menys extrem.
- *Règims públics amplis* (quadrant inferior dret): Canàries, Galícia, Astúries i Castella i Lleó, tots quatre casos, val a dir, amb una despesa per càpita molt menor a la de Navarra i País Basc (ubicats en la primera tipologia).

Bona part dels casos que presentem en aquesta classificació com a representants més clars de cadascuna de les tipologies resultants coincideixen amb els casos que identifiquen Bonal et al. d'acord amb aquestes mateixes agrupacions: País Basc (coincident dins la tipologia de règims subsidiaris amplis), Andalusia, Castella-la Manxa i Extremadura (dins els règims públics bàsics), Catalunya, Balears i Madrid (règims subsidiaris bàsics).

En canvi, altres casos situats en la nostra categorització com a clars representants de les seves respectives tipologies no coincideixen amb la classificació presentada per Bo-

nal et al.: Navarra, Múrcia i Canàries. Per la seva banda, aquelles CA que localitzem com a exemples menys extrems en el marc dels diferents règims escolars són agrupades per Bonal et al. de manera no coincident amb la nostra classificació (veure taula 6.7).

Es fa difícil determinar amb exactitud les possibles causes d'aquestes discrepàncies. Per un costat, aquestes poden ser degudes als mateixos procediments metodològics emprats –mesures referides tant al pes del sector privat, com a la despesa pública per estudiant–, així com a l'any de referència de les dades. Per un altre costat, ens trobem amb marcs d'anàlisi parcialment diversos: a diferència del nostre plantejament analític, Bonal et al. prenen en consideració el nivell d'instrucció mitjà de la població activa a cada CA com a variable d'afinament del posicionament final de cadascuna d'elles en la classificació de règims escolars proposada.

Taula 6.7

Comparativa entre tipologies de Bonal et al. i pròpia

	Classificació Bonal et al. (2005), referida a l'any 2001	Classificació pròpia*, referida a l'any 2000
Règims subsidiaris amplis	País Basc	País Basc, Navarra, Aragó, Cantàbria
Règims públics bàsics	Andalusia, Canàries, Castella-la Manxa, Extremadura	Andalusia, Múrcia, Castella-la Manxa, Extremadura, Comunitat Valenciana
Règims subsidiaris bàsics		
<i>Subtipus 1</i>	Balears, Catalunya, Navarra, Madrid	Catalunya, Madrid, Balears,
<i>Subtipus 2</i>	Aragó, Astúries, Cantàbria, Castella i Lleó, Comunitat Valenciana, Galícia, Rioja, Múrcia	Rioja
Règims públics amplis	---	Canàries, Galícia, Astúries, Castella i Lleó

* En negreta els casos més representatius.

El gràfic 6.7 s'encarrega d'il·lustrar, per al curs 2006-2007, el posicionament de les diferents CA en el marc del creuament al qual venim fent referència (classificació pròpia). Sobre aquesta base es presenten les següents tipologies de règims escolars:

- *Règims subsidiaris amplis* (quadrant superior dret): País Basc, com a exemple més clar; Navarra, Cantàbria, Rioja, Castella i Lleó, Balears i Aragó, com a exemples menys extrems.
- *Règims públics bàsics* (quadrant inferior esquerre): Andalusia i Múrcia, com a exemples més clars; Canàries i Comunitat Valenciana, com a casos menys extrems.

- *Règims subsidiaris bàsics* (quadrant superior esquerre): Madrid (exemple clar) i Catalunya (menys extrem).
- *Règims públics amplis* (quadrant inferior dret): Galícia, Astúries, Castella-la Manxa i Extremadura, totes quatre amb una despesa per càpita molt menor a la del País Basc (ubicat en la primera tipologia).

Taula 6.8

Moviments dels règims escolars autonòmics a través de les tipologies, anys 2000 i 2007

	Classificació pròpia* (2000)	Classificació pròpia* (2007)
Règims subsidiaris amplis	País Basc, Navarra, Aragó, Cantàbria	País Basc, Navarra, Cantàbria, Rioja, Castella i Lleó, Balears, Aragó
Règims públics bàsics	Andalusia, Múrcia, Castella-la Manxa, Extremadura, Comunitat Valenciana	Andalusia, Múrcia, Canàries, Comunitat Valenciana
Règims subsidiaris bàsics	Catalunya, Madrid, Balears, Rioja	Madrid, Catalunya
Règims públics amplis	Canàries, Galícia, Astúries, Castella i Lleó	Galícia, Astúries, Castella-la Manxa i Extremadura

* En negreta els casos més representatius.

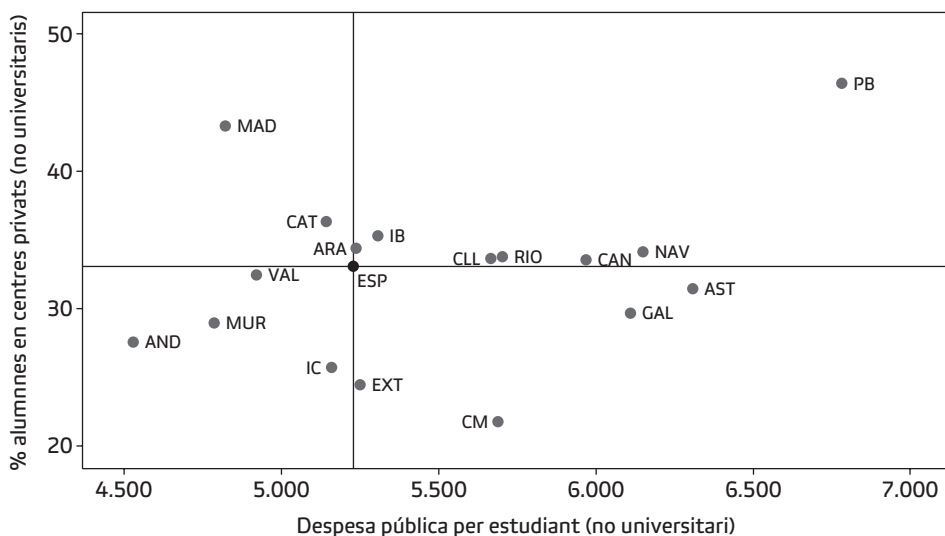
Tal i com es mostra en la taula 6.8, una bona part de les CA es mantenen l'any 2007 dins el mateix model tipològic en què s'ubicaven l'any 2000. Aquest és el cas del País Basc, Navarra, Aragó i Cantàbria (règims subsidiaris amplis); Andalusia, Múrcia i Comunitat Valenciana (règims públics bàsics); Madrid i Catalunya (règims subsidiaris bàsics); Galícia i Astúries (règims públics amplis). En contrast amb aquest patró d'estabilitat, altres CA modifiquen el posicionament del seu règim escolar; aquestes són Balears, Castella i Lleó i La Rioja (passen a incloure's dins els règims subsidiaris amplis); Canàries (passa a assimilar-se als models públics bàsics); Castella-la Manxa i Extremadura, que s'aproximen als règims públics amplis.

6.4.2. Municipalització i esforç pressupostari

Hem presentat en el subapartat 6.2. una comparativa entre valors autonòmics relatius a la mesura utilitzada com a aproximació al grau de municipalització existent a les diferents comunitats autònomes, aquesta és, el pes de la despesa pública en educació realitzada pels ens locals sobre el total de la despesa pública a ca-

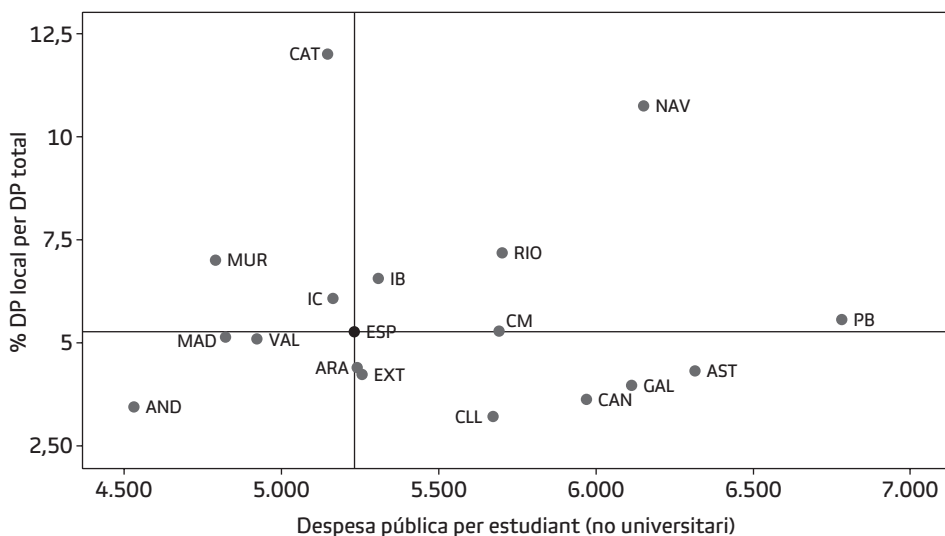
Gràfic 6.7

Creuament entre el pes del sector privat (curs 2008-2009) i la despesa pública per estudiant no universitari (any 2007), per CA



Gràfic 6.8

Creuament entre el pes de la despesa pública en educació de les corporacions locals i la despesa pública per estudiant no universitari, per CA, any 2007



dascuna de les CA. El gràfic 6.8 opera el creuament entre aquesta variable i la despesa pública total per estudiant realitzada per cada CA, mesura que al seu torn hem fet servir com a indicador del nivell d'intensitat del finançament autonòmic destinat a educació. El fet que les dades oficials relatives a la primera d'aquestes variables –grau de municipalització– hagin estat treballades únicament per a l'any 2007 (per motius justificats més amunt) obliga a articular el creuament esmentat prenent com a referència aquest mateix any.

L'organització tipològica resultant d'aquest creuament delinea quatre agrupacions o règims escolars bàsics en l'eix municipalització que podríem categoritzar de la següent manera:

- *Règims municipalistes amplis*, caracteritzats per un elevat percentatge de despesa –realitzada per les corporacions locals i un alt nivell de despesa per estudiant (quadrant superior dret). Situaríem dins aquest model, CA com Navarra (exemple paradigmàtic), País Basc (sobretot pel seu al grau de despesa per càpita), Balears i La Rioja (dues comunitats amb uns valors de municipalització i d'esforç pressupostari per càpita més propers als de les mitjanes estatals).
- *Règims municipalistes bàsics*, caracteritzats per un elevat percentatge de despesa realitzada per les corporacions locals i un baix nivell de despesa per estudiant (quadrant superior esquerre). Ubicaríem aquí Catalunya (amb un alt grau de municipalització), Múrcia (sobretot per la seva reduïda despesa per càpita), i Canàries (amb valors de municipalització i despesa total per estudiant molt pròxims als de la mitjana estatal).
- *Règims centralistes amplis*, caracteritzats per un baix percentatge de despesa realitzada per les corporacions locals i un alt nivell de despesa per estudiant (quadrant inferior dret). És el cas de Astúries, Galícia, Cantàbria, Castella i Lleó, Castella-la Manxa, Extremadura i Aragó (aquestes dues darreres amb valors de municipalització i despesa per càpita molt similars i propers als de la mitjana espanyola).
- *Règims centralistes bàsics*, caracteritzats per un baix percentatge de despesa realitzada per les corporacions locals i un baix nivell de despesa per estudiant (quadrant inferior esquerre). Hi trobem Andalusia (exemple més centrat), Comunitat Valenciana i Madrid (totes dues amb nivells de municipalització molt pròxims a la mitjana estatal).

En termes generals, a excepció de certes CA que sobresurten sobre la resta, bé pel seu alt grau de municipalització (Catalunya), bé per la intensitat del seu finançament en educació (País Basc), bé per les magnituds elevades d'ambdues mesures (Navarra), la resta es localitzen en un rang de valors intermedis força variable.

6.5. Conclusions

En el mateix sentit en què ho apuntàvem en relació als continguts tractats en l'apartat 2, convé recordar que tampoc hem pretès en el present apartat avaluar els efectes de les realitats estudiades sobre la possible correcció o accentuació de determinades desigualtats educatives, ni en el terreny de la comparativa interautonòmica ni al nivell intraautonòmic. Tanmateix, sí hem tingut ocasió de repassar al llarg d'aquestes pàgines els posicionaments diferencials de les diferents comunitats autònomes al voltant de dos eixos principals d'atenció, l'eix mercantilització i l'eix municipalització, parant atenció, en la mesura del possible, al pes que les diferents variables associades a la mesura d'aquests eixos tenen en les diverses etapes del cicle educatiu.

Bona part dels principals resultats al llarg d'aquest treball queden sintetitzats i contextualitzats a través dels exercicis de creuament elaborats en l'apartat anterior (4. "Discussió"). Hem pogut aleshores emmarcar el pes que el sector privat té en la cobertura de places escolars a les diferents CA, així com el pes de la despesa pública efectuada pels seus corresponents ens locals, en el context del nivell d'esforç general per estudiant realitzat per cada comunitat. En altres paraules, l'objectiu ha estat aquí enquadrar les direccions de les dues lògiques operatives estudiades en el marc del nivell de la intensitat en la cobertura pública existent a les diferents comunitats autònomes.

En relació a l'eix mercantilització, i a la seva relació amb la despesa pública per càpita, s'han identificat diferents règims escolars autonòmics el posicionament modèlic dels quals s'ha mantingut constant al llarg dels darrers anys (de 2000 a 2007). Així, destaquen els casos del País Basc, Navarra, Aragó i Cantàbria, dins el model designat com a règims subsidiaris amplis; Andalusia, Múrcia i Comunitat Valenciana, caracteritzats com a règims públics bàsics; Madrid i Catalunya, exemples de règims subsidiaris bàsics; i Galícia i Astúries, règims públics amplis. La resta de CA han anat modificant el seu posicionament relatiu dins aquest marc classificatori, ja per canvis en el seu nivell relatiu de despesa per càpita, bé per alteracions en el pes del sector privat.

Pel que fa al creuament entre el nivell de municipalització de les CA i el seu esforç financer total per càpita, hem pogut caracteritzar quatre models o tipologies bàsiques: 1) *Règims municipalistes amplis* (Navarra, País Basc, Balears i Rioja); 2) *Règims municipalistes bàsics* (Catalunya, Múrcia i Canàries); 3) *Règims centralistes amplis* (Astúries, Galícia, Cantàbria, Castella i Lleó, Castella-la Manxa, Extremadura i Aragó); 4) *Règims centralistes bàsics* (Andalusia, Comunitat Valenciana i Madrid).

Remarcàvem aleshores com, al marge dels valors de dispersió que mostren CA com Catalunya (pel seu nivell de municipalització), País Basc (pel seu alt nivell de despesa) i Navarra (pels seus valors elevats en totes dues dimensions), la resta de comunitats se situen de forma força variable en el si d'aquest creuament. Aquesta constatació, juntament amb el fet que tant el creuament a propòsit de l'eix mercantilització com

el realitzat amb l'eix municipalització comparteixin com a variable intervinent la despesa pública per càpita, desaconsella tractar d'establir possibles relacions de regressió entre els models de règims escolars sorgits d'ambdós creuaments. Tanmateix, sí pot destacar-se la manca de correlació significativa entre les dues variables "netes" relatives a cadascun dels eixos, és a dir, el pes del sector privat en la cobertura de places escolars i la proporció de despesa pública realitzada pels ens locals sobre el total de despesa efectuada per cada CA. En altres paraules, no s'observa l'existència d'una clara interacció entre les tendències autonòmiques vers la mercantilització i els posicionaments autonòmics en relació a la municipalització.

6.6. Bibliografia

Adelantado, J. (Ed.), *Cambios en el Estado del Bienestar*, Barcelona: Icaria, Antrazyt.

Alegre, M.A., "Los retos de la corresponsabilidad en la política educativa", a Merino, A.; Plana, J. (Ed.), *La ciudad educa. Aportaciones para una política educativa local*, Barcelona: Serbal, 2007.

Bonal, X.; Rambla, X.; Calderón, E.; Pros, N. (2005), *La descentralización educativa en España*, Barcelona: Fundació Carles Pi i Sunyer, Col. Estudis 18.

Esping-Andersen, G., *Los tres mundos del estado de bienestar*, Valencia: Diputació de València-Alfons el Magnànim 1990.

Gallego, R.; Gomà, R.; Subirats, J., *Els règims autonòmics de benestar. Polítiques i gestió públiques en les comunitats autònomes amb més nivell competencial, 1980-2000*, Barcelona: Institut d'Estudis Autonòmics, Col. Prospectiva 7, 2002.

Gomà, R.; Subirats, J., *Políticas públicas en España. Contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*, Barcelona: Ariel, 1998.

Habermas, J., *Historia y crítica de la opinión pública*, México: Gustavo Gili, 1986.

——, *Teoría de la acción comunicativa* (II Tomos), Madrid: Taurus, 1987.

Mingione, E., *Las sociedades fragmentadas*, Madrid: MTAS, 1993.

Offe, C., *Contradicciones en el Estado del Bienestar*, Madrid: Alianza, 1990.

Polanyi, K., *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*, Madrid: La Piqueta, 1989.

Walzer, M., "Socializing the Welfare State", a Gutmann, A. (Ed.), *Democracy and the Welfare State*, Princeton: Princeton University Press, 1988.

7.

LA DIMENSIÓ SIMBÒLICA DE LES POLÍTIQUES SANITÀRIES AUTONÒMIQUES DES D'UNA PERSPECTIVA COMPARADA

Eva Alfama, Marta Cruells i Gabriela Monteiro

Les polítiques públiques –i molt especialment les polítiques socials– es troben en la intersecció entre dos principis fonamentals: la garantia de l'equitat entre els i les ciutadanes i l'adequació a la diversitat. La cerca de la igualtat no necessàriament ha d'estar vinculada a l'homogeneïtat dels serveis públics, ja que és necessari un cert grau de diferenciació per a poder donar una resposta adequada i equitativa a les necessitats diferenciades de la ciutadania.

Pel que fa en concret a les polítiques socials a l'Estat espanyol, cal destacar com la tensió entre equitat i diferència ha marcat amb força tot el procés de descentralització realitzat en els darrers anys, en especial tenint en compte que les polítiques socials són un dels principals elements que fonamenten la cohesió social d'una societat, i que per tant les tendències que es donen en aquestes polítiques són clau. De fet, la cerca de l'homogeneïtat és un objectiu intrínsecament incoherent amb la descentralització, tot i que per altra banda, no necessàriament la descentralització ha d'implicar heterogeneïtat.

Tot i que l'equitat es pot concebre des de múltiples punts de vista –d'igualtat d'oportunitats, en funció de la renda, a nivell territorial, etc.; a l'Estat espanyol ha predominat la lectura geogràfica, tant en els discursos polítics com en les pràctiques concretes. Així, en els darrers trenta anys s'han anat buscant equilibris diversos entre la garantia de l'equitat i l'impuls de la necessària autonomia dels territoris perquè tinguin capacitat d'adaptar les seves actuacions a les especificitats de la seva realitat social i a les preferències de la seva ciutadania. Aquests equilibris han variat al llarg del temps i en funció dels diferents àmbits sectorials de la política social, però en qualsevol cas van més enllà de les evidències empíriques: expressen uns determinats criteris normatius que són els que defineixen uns mínims drets i prestacions per a tota la ciutadania, i estableixen els límits de quines són les diferències tolerables (González i Barber, 2006).

En aquest sentit, se sol apuntar a que el propi procés de descentralització, en si mateix, pot tenir efectes positius sobre l'equitat: pot propiciar un acostament de la política a la ciutadania, possibilitar un millor coneixement de les seves necessitats i problemes, i per tant permetre que les CA estableixin les seves pròpies prioritats, dissenyin models organitzatius propis i millorin la capacitat de gestió, de control de qualitat i d'avaluació de resultats. Alhora, es destaca com l'augment de l'autonomia de les CA afavoreix un procés de competència positiva entre elles a l'hora de millorar les polítiques; de manera que les innovacions introduïdes per una autonomia –que en principi són més àgils en l'impuls de canvis per la seva menor mida– poden actuar com a motors de canvi de cara a la resta de territoris.

Per altra banda, però, també és cert que els processos de descentralització poden generar efectes negatius, si no es preveuen mecanismes correctors, i per tant poden tenir com a conseqüència un augment de les desigualtats interterritorials. Entre aquests elements adversos, mencionarem, per exemple, la duplicació de les despeses d'administració, una inadequada coordinació fins i tot a l'hora d'implementar els

elements comuns, l'aparició de controvèrsies, desacords o ambigüitat al voltant de la distribució de competències, l'estroncament de les economies d'escala –molt importants en determinats àmbits sanitaris, sobretot en les compres en farmàcia i tecnologia mèdica–, que generen un major cost o una manca de cobertura per a determinats serveis, la introducció de la política en una agenda partidista i contextual, dificultant l'establiment d'una visió global de la mateixa, etcètera.

Pel que fa en concret a la política sanitària, a l'Estat espanyol ens trobem amb un sistema fortament descentralitzat però que alhora explícitament pretén garantir la universalitat i l'equitat. El procés de descentralització en l'àmbit de la salut ha comportat la configuració de sistemes sanitaris diferents, resultat de la combinació d'opcions diverses en cada una de les dimensions d'aquesta política pública:¹ dimensió substantiva, que inclou els continguts de les polítiques (les intervencions que es duen a terme i la seva intensitat i extensió de cobertura); dimensió operativa, relativa a les formes d'intervenció i gestió de les polítiques i finalment la dimensió simbòlica, on s'expressa la forma com s'han construït els problemes públics, els valors que es prioritzen i les solucions que es proposen.

El fet que les enquestes mostrin com la percepció de la ciutadania sobre la qualitat del seu sistema autonòmic de salut varia molt notablement entre territoris és un element que pot apuntar a l'existència de diferències significatives entre els diferents sistemes autonòmics; diferències que poden anar més enllà de l'adaptació a necessitats diferents.

En els capítols dedicats a les polítiques sanitàries autonòmiques pretenem, per tant, aportar elements per a aquest debat sobre equitat i diversitat en l'àmbit de la salut, identificant en què consisteixen les diferències entre sistemes sanitaris i fins a quin punt la descentralització ha afavorit una competència entre CA que ha conduït a la millora dels serveis i a la promoció de l'equitat. En aquest primer capítol, ens centrem en el nivell simbòlic d'aquesta política, mentre en els dos següents abordarem les dimensions substantives i operatives.

En l'àmbit simbòlic ens hem preguntat com es defineix el problema de la política sanitària en la principal legislació estatal i autonòmica referent a aquesta matèria. Per a copsar aquesta definició i concepció de la política sanitària, el focus s'ha centrat, per una banda, en la identificació dels principis orientadors de la política i per l'altra, en la manera com s'ha definit i concretat des dels anys 70 fins a l'actualitat el reconeixement de drets vinculats a la salut, a nivell general i en els diversos territoris a mesura que les CA han anat assumint competències en sanitat. Ens preguntarem, doncs, fins a quin punt apareixen semblances o diferències significatives entre les diverses comunitats autònomes i entre aquestes i els plantejaments estatals.

1 Veure Gallego, R., Goma, R. i Subirats, J. (2003), així com els capítols 7, 8 i 9 d'aquest llibre.

Mostrarem com, a grans trets, es dona un alt grau d'homogeneïtat entre els principis establerts per totes les CA i entre aquests i el desenvolupament legislatiu d'àmbit estatal. Consegüentment, no podem establir una tipologia de models de polítiques sanitàries autonòmiques en base als continguts dels discursos normatius; per a fer-ho, caldrà posteriorment aprofundir en les dimensions substantiva i operativa. Pel que fa al reconeixement de drets vinculats a la salut, es repeteix un alt grau de coincidència, si bé en alguns casos destaca el rol promotor d'algunes CA en la innovació en aquest aspecte, en introduir innovacions que posteriorment s'han anat estenent.

A nivell metodològic, ens hem centrat en l'estudi de tota una sèrie de textos de caràcter normatiu que ens permeten detectar quins són els sentits que expressen i sustenten l'acció de la política sanitària en cada comunitat autònoma, analitzats tenint en el diferent ritme en l'assumpció de competències sanitàries de les CA, donat que bàsicament és a partir de la descentralització quan les comunitats assumeixen un rol actiu no només en l'execució i la gestió de la política sanitària, sinó també en la seva orientació, definició i legislació. S'ha realitzat una anàlisi comparativa de contingut delimitada als principals textos oficials i normatives bàsiques complementada amb algunes fonts secundàries. Així, s'han deixat de banda els discursos dels agents implicats i els documents relatius al procés d'elaboració de la legislació, que en altres metodologies d'anàlisi de la dimensió simbòlica de les polítiques públiques més detallades sí que s'introdueixen.² Els textos normatius seleccionats són els estatuts (antics i nous), les lleis de salut de les diferents comunitats, les lleis específiques de drets i deures, així com altres decrets i textos normatius vigents en cada autonomia. En aquestes fonts s'han revisat les exposicions de motius i els fragments dedicats als principis i principis orientadors.

7.1. El procés de descentralització sanitària a l'Estat espanyol

7.1.1. Traspàs i distribució competencial en l'àmbit sanitari

El desenvolupament d'estructures de govern sanitari multinivell mitjançant processos de descentralització política es pot concretar en articulacions institucionals molt diverses amb unes diferents atribucions de responsabilitats (financeres, de gestió i polítiques) entre els nivells de govern implicats i entre els actors de l'àmbit sociosanitari. Les diferents opcions tindran uns productes i impactes necessàriament diferents. En aquest sentit, durant els últims anys s'ha donat a nivell interna-

2 Veure per exemple la metodologia d'anàlisi crítica de marcs de significats descrita a Bustelo i Lombardo (2007).

cional una tendència a la redefinició de les responsabilitats sanitàries, amb un augment del paper dels actors polítics subestats mitjançant fórmules molt diverses, que van des de la delegació fins a la devolució, passant per la privatització o la desconcentració, dependent de com es concreti la responsabilitat política en cadascuna d'aquestes fórmules³ (Moreno, 2007).

En el cas espanyol, Moreno (2007) destaca que tot i que s'han donat també processos de delegació o privatització, la tendència principal ha estat la de la devolució de les competències sanitàries als governs autonòmics. Pel que fa a la política sanitària aquesta devolució s'ha donat en diferents fases i amb diferents ritmes segons a) els àmbits que es descentralitzaven i b) els territoris destinataris.

Les competències vinculades a la **salut pública i a la planificació sanitària** es van descentralitzar a totes les CA entre 1979 i 1986, així com els serveis d'assistència sanitària de les xarxes dependents de l'administració de l'Estat, que incloïen l'assistència pública domiciliària, la xarxa de salut mental i altres serveis (Rico i López-Casasnovas, 2003; Círculo de empresarios, 2006).

El procés de traspàs de les competències relatives a la planificació, organització i gestió del sistema d'**assistència sanitària** (el sistema majoritari, derivat de la Seguretat Social) a les comunitats autònomes per la seva banda, ha estat més llarg: ha durat exactament 20 anys, des de que Catalunya va assumir les responsabilitats en salut l'any 1981 fins que el 2001 les van assumir les 10 comunitats que encara estaven gestionades per l'INSALUD. Aquest procés de descentralització s'ha donat en tres fases:

- Durant els anys vuitanta quatre CA van assumir les competències en sanitat: tres d'elles abans de la Ley General de Sanidad de 1986⁴ (Catalunya, Andalusia i el País Basc; és a dir, totes les de la "via ràpida" amb l'excepció de Galícia), i una d'elles posteriorment –la Comunitat Valenciana, l'any 1987.
- En una segona fase, durant la primera meitat dels anys 90, es van traspasar les competències a Navarra, Galícia i les Illes Canàries.
- Finalment, el 27 de desembre de 2001 es traspassen en bloc les competències de les 9 CA que restaven a l'INSALUD,⁵ de manera que només resten sota la gestió estatal directa les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla.

3 Segons aquest autor, s'entén per desconcentració la transferència de la presa de decisions a un nivell *administratiu* inferior; per devolució la transferència de la presa de decisions a un nivell *polític* inferior, per delegació l'assignació de tasques a actors d'un nivell *organitzatiu* inferior, i finalment per privatització el *traspàs* de l'Estat a la iniciativa privada.

4 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE nº 101, 29-Abr-1986).

5 Inicialment només les comunitats autònomes de la via ràpida tenen recollit al seu Estatut la competència en sanitat. Per a generalitzar la transferència, per tant, es van haver de modificar la resta d'Estatuts.

Per tant, no és fins el 2002 quan es pot parlar d'un Sistema Nacional de Salut (SNS) totalment descentralitzat, format per l'agregació de 17 sistemes autonòmics de salut. En el nostre període d'anàlisi, doncs, ens trobem amb dues situacions consecutives força diferents:

- En el període previ al 2002, el Ministeri de Sanitat compaginava les funcions de provisió de serveis i finançament en el territori INSALUD, i les de coordinació i regulació del conjunt del SNS i en especial de les comunitats que havien assumit els serveis sanitaris. Entre les comunitats, per la seva banda, lògicament es donaven asimetries institucionals molt notables. En aquesta etapa, la coordinació es dóna en la mateixa gestió de l'INSALUD (per exemple, en l'impuls que aquest proporciona a la reforma de l'assistència primària), mentre que el finançament de les CA transferides parteix del propi pressupost de l'INSALUD, proporcionalment a la població a la qual donen servei (Bohigas i De la Puente, 2007).
- A partir de 2002, quan es fan efectives les transferències restants, el Ministeri de Sanitat ha de redefinir les seves funcions i reposicionar-se reforçant el seu rol de coordinació del conjunt del sistema. D'aquesta manera es finalitza amb una situació de descentralització asimètrica i es comencen a desenvolupar altres mecanismes de coordinació i finançament, que tot seguit apuntarem.

A banda de les competències esmentades, però, cal destacar com alguns dels àmbits de la política sanitària es reserven per a la iniciativa estatal de forma exclusiva: la **farmàcia**, la **sanitat exterior**, funcions relatives al **medi ambient** i els **aliments** i la **coordinació** de la globalitat del sistema, així com alguns aspectes dels **serveis sanitaris**⁶ (Bohigas i De la Puente, 2007).

A grans trets, però, diversos autors destaquen com el procés de traspàs de les competències sanitàries no ha partit d'una estratègia general clara, i ha estat molt basat en la bilateralitat CA-Estat i a les successives reivindicacions polítiques territorials, i per tant s'ha vist sotmès a interferències polítiques que li han restat racionalitat (Martín García, 2004, entre d'altres). Alhora, cal ressaltar que la distribució de les competències sanitàries i l'assignació de responsabilitats entre l'Estat i les comunitats autònomes ha estat poc clara en alguns àmbits, fet que ha portat al sorgiment d'interpretacions diverses en alguns temes i d'importants controvèrsies durant tot el període. Això ha afectat fortament a la capacitat d'acció de l'Estat pel que fa a la garantia de l'equitat, en tant que les CA han tendit a fer una interpre-

6 A la Llei General de Sanitat es detallen les següents: aprovació i homologació de centres, serveis i centres per a transplants, catàleg i registre de centres, serveis i establiments sanitaris, homologació de programes de formació postgraduada, homologació de llocs de treball, vigilància i anàlisi epidemiològica, sistema d'informació sanitària, actuacions per impedir o perseguir el frau, informes generals, i l'establiment de mitjans i sistemes per garantir la informació i comunicació entre Estat i CA (De la Puente, 2007).

tació restrictiva de l'abast de les funcions de coordinació que s'assignen al Ministeri de Sanitat. De fet, ja des del mateix inici de la gestió autonòmica de la sanitat es van donar conflictes de competències, que es van elevar al Tribunal Constitucional, el qual en general va avalar aquesta interpretació restrictiva (Rico i López-Casasnovas, 2003; Jiménez, 2006; Rey Biel i Rey del Castillo, 2006, entre d'altres). En conseqüència, la iniciativa estatal ha tendit a inhibir-se fins i tot en les competències que se li atribueixen expressament: el desenvolupament dels sistemes d'informació sanitaris i de les funcions de coordinació. En el moment actual, de fet, segueixen havent-hi tensions no resoltes entre l'Estat i els governs autonòmics (González i Barber, 2006).

7.1.2. Mecanismes de coordinació i cooperació

En un sistema de salut descentralitzat com l'espanyol, la qualitat i l'equitat dels serveis depèn en gran mesura de la col·laboració entre els nivells central i autonòmic de govern. El procés de transferències que acabem de descriure es va realitzar mitjançant negociacions bilaterals i es va concloure de manera molt ràpida –en uns sis mesos–, amb una vinculació estreta amb la negociació del nou model de finançament autonòmic que s'estava fent de forma paral·lela. En conseqüència, segons diversos autors (Rico i López-Casasnovas, 2003; Martín Garcia, 2004; Jiménez, 2006), el traspàs es va produir sense planificar suficientment les repercussions que tindria pel conjunt del SNS. En concret, es destaca que es va realitzar amb uns acords financers de mínims, sense un marc normatiu bàsic que garantís la cohesió del nou Sistema Nacional de Salut descentralitzat, sense claredat al voltant de com es desenvoluparia la coordinació de les diverses administracions per a gestionar els elements comuns dels serveis sanitaris ni sobre com el govern central hauria de desenvolupar aquesta coordinació per tal de garantir la cooperació i l'equitat en l'accés al serveis sanitaris.

En conseqüència, al cap de poc temps s'emet la Llei 16/2003, de Cohesió i Qualitat del SNS (2003) per a garantir la coordinació del sistema un cop conclòs el procés competencial i solucionar els notables problemes de coordinació plantejats. Aquesta norma aporta les següents novetats (González i Barber, 2006):

- Estableix un conjunt de prestacions sanitàries bàsiques i comunes a tot el SNS, tot i que aquestes es descriuen de forma molt genèrica.⁷
- Concreta uns àmbits de col·laboració: les prestacions del SNS, la farmàcia, els professionals sanitaris, la investigació, el sistema d'informació sanitària i la qualitat del sistema.

7 Prestacions de salut pública, atenció primària, especialitzada, d'urgències i sociosanitària, prestació farmacèutica, ortoprotèsica, de productes dietètics i transport sanitari.

- Amplia el concepte del fons de cohesió, establint que ha de corregir desigualtats i cobrir les noves prestacions del sistema.
- Potencia el Consell Interterritorial del SNS, creat per la Llei General de Sanitat, que *“conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones”* sobre el desenvolupament i actualització de la cartera de serveis del catàleg de prestacions, i sobre l'establiment de prestacions complementàries per part de les CA. Se li assignen funcions relatives a la configuració del SNS; a l'assessorament, planificació i avaluació; a la coordinació i a la cooperació entre l'Estat i les CA (Jiménez, 2006).

Com a aspectes negatius, es destaca que no es concreta com es poden finançar les noves prestacions que s'incorporin al sistema, es segueix sense dotar suficientment al fons de cohesió, i es manté la situació de no corresponsabilitat de les CA en l'autorització i la determinació dels preus dels nous fàrmacs (González i Barber, 2006).

El model establert a partir de 2001, per tant, centra la coordinació en el Consell Interterritorial. Aquest, però, ha d'adoptar les decisions per consens i en forma de recomanacions. Així doncs, la coordinació es realitza de forma voluntarista, i per tant es troba força influït per les circumstàncies polítiques i partidistes.

Resumint, veiem com l'evolució del procés de descentralització està marcat per una sèrie de normatives, estatals i autonòmiques, que influeixen en la configuració del sistema sanitari a cada comunitat autònoma.

7.2. Els principis orientadors de les polítiques sanitàries

En aquest apartat identificarem quins són els principis que orienten les polítiques sanitàries a nivell estatal i autonòmic, descrivint si s'escau les diferències existents i la seva evolució.

7.2.1. Principis generals

El **marc estatal** s'instaura amb la Constitució espanyola, que és el document que concreta en primer lloc el dret a la salut, establint-lo en si mateix i definint la conseqüent actuació dels poders públics per a fer-lo efectiu (art. 43). Al mateix temps, el vincula amb un concepte de salut específic, i per tant en delimita el camp de comprensió: defineix una concepció integral de la salut com un dels principis orientadors d'aquesta política.

En aquesta direcció s'explicita un concepte de protecció a la salut que va més enllà d'una noció de conservació d'un determinat estat psíquic i físic, entrant en la idea de benestar social seguint les línies formulades per l'Organització Mundial de la

Salut.⁸ Aquest concepte, per tant, en la mesura que incorpora una noció de benestar més àmplia que afecta a l'esfera social, inclou la idea de salut pública i no únicament la de sanitat i higiene. Aquesta concepció s'ha traslladat posteriorment a textos de caire estatal com la Llei General de Sanitat a través de la formulació del principi de salut integral.

Aquesta llei va suposar la creació del Sistema Nacional de Salut, i va desenvolupar les previsions constitucionals establint tres principis generals orientadors del sistema que afectarien a totes les comunitats:

- la promoció de la salut i la prevenció de les malalties;⁹
- el desplegament d'una assistència pública per a tot el territori espanyol que eviti els desequilibris territorials i socials; i
- la voluntat de garantir l'accés a la salut en condicions d'igualtat efectiva, promovent la seva universalitat i gratuïtat.¹⁰

Així, l'aproximació d'aquestes polítiques es fonamenta simbòlicament en una cultura i pràctica del tractament i el símptoma, però també de l'abordatge de les causes que provoquen les malalties, i en un concepte d'igualtat en estreta relació amb el d'accés als recursos sanitaris, els quals han de ser alhora universals i gratuïts.

Molt recentment, s'ha ampliat la concepció d'igualtat anant més enllà d'una mera qüestió d'accés i posant un major èmfasi en la influència de les condicions de vida de les persones a l'hora de crear desigualtats entre col·lectius tant en l'accés al sistema sanitari com en el gaudi de la salut. En aquest sentit, s'ha incorporat a la LGS un quart principi: "la igualtat entre homes i dones", arran de l'entrada en vigor el 2007 de la Llei Orgànica per a la Igualtat efectiva entre dones i homes, la qual no només estableix un criteri de no discriminació en l'accés i el tracte (qualitat) dels recursos sanitaris, sinó també disposa la integració del principi d'igualtat en totes les polítiques públiques, i per tant en els seus objectius i actuacions.¹¹

8 La definició proposada per l'OMS és la següent: "La salut es un estat de complert benestar físic, mental i social i no consisteix únicament en una absència de la malaltia". Cal esmentar també que la influència de l'OMS en el discurs de la política sanitària a nivell estatal es produeix a partir dels 70, accentuant-se als anys 80, moment en que l'Estat espanyol assumeix els 38 objectius regionals de salut per a l'any 2000.

9 Destaca la prioritització a nivell discursiu d'aquestes dues vessants de la salut –prevenció i promoció– tot i que, com veure al proper capítol dedicat a la dimensió substantiva, a la pràctica en general s'ha donat un major pes al tractament i a la rehabilitació, mentre les polítiques de prevenció i promoció són en general força dèbils en comparació a altres països.

10 Com veurem en l'anàlisi de la dimensió substantiva, a nivell legal es determina una excepció en la gratuïtat pel que fa a la despesa farmacèutica, en la que s'estableix un sistema de copagament.

11 Aquest principi també s'ha inclòs a la Llei de Cohesió i Qualitat del SNS. Tal i com apunta León (2008) en aquest cas s'especifica, per exemple, la desagregació de les dades per sexe i l'anàlisi amb

Pel que fa a les **comunitats autònomes**, cal ressaltar que totes elles han acceptat la definició del concepte de salut establerta tant a la Constitució com a la legislació bàsica i recullen aquest principi de salut integral en les seves pròpies lleis de sanitat. Aquesta coincidència abasta tant l'assumpció del propi dret com els principis orientadors generals que informen l'execució d'aquest dret. Assumeixen per tant el dret a la salut com a eix vertebrador del seu compromís polític independentment de les ideologies polítiques (Gallego, 2003).

Pel que fa als principis generals, doncs, a trobem un grau altíssim d'homogeneïtat entre les comunitats autònomes en la consideració que la política sanitària ha d'actuar tant a nivell de promoció i prevenció com en l'atenció i rehabilitació de qualsevol malaltia, i ha de ser accessible de manera universal i gratuïta. Universalitat i gratuïtat són, per tant, dues característiques bàsiques del sistema que totes les comunitats autònomes han adoptat com a pròpies. Aquesta homogeneïtat en els principis clau s'haurà, però, d'analitzar des de la vessant substantiva i operativa de la política per tal de veure fins a quin punt a la pràctica totes les comunitats els han fet efectius. Així, caldrà valorar, per exemple, si en algunes CA s'ha configurat un sistema sanitari amb un major pes de la promoció i prevenció, o si hi ha diferents abordatges de la qüestió de la igualtat (centrant-se en garantir l'accés o bé en promoure una atenció específica a les desigualtats socials i econòmiques, incorporant una perspectiva que considera la igualtat en salut a partir de les diferents oportunitats i condicions de vida de les persones.¹²

En aquest sentit, respecte a les innovacions introduïdes per la Llei Orgànica per la Igualtat efectiva entre dones i homes –que s'apliquen també a les CA–, en ser tant recents resta per veure fins a quin punt la inclusió de la igualtat de gènere com a principi estructurador de la política arriba a modificar els altres objectius que fins ara han tingut les polítiques sanitàries autonòmiques i en conseqüència la mateixa política de salut en sí. Malgrat que els textos de les lleis autonòmiques de sanitat fins al moment no l'han incorporat en la seva redacció, s'haurà d'analitzar si s'ha contemplat aquest principi en les altres dimensions de la política sanitària o en altres normatives amb efectes a l'àmbit sanitari.¹³

7.2.2. Principis específics

Juntament amb aquests principis generals al llarg del temps se n'han concretat d'altres més programàtics o de segon ordre que fan referència a la *racionalització del*

perspectiva de gènere de les mateixes, la detecció i tractament de la violència de gènere com a prestació de l'atenció primària, la inclusió dels riscos i les necessitats de les treballadores en l'àmbit de la salut pública, etcètera.

- 12 Per una anàlisi més detallada de la conceptualització de la igualtat que es fa a les polítiques sanitàries, veure Pérez Giménez (2006).
- 13 Algunes comunitats, com ara la catalana per exemple, ja l'han inclòs en la redacció de les seves lleis d'igualtat o bé en els estatuts recents.

sistema (eficàcia, eficiència i aprofitament dels recursos); la promoció del *medi ambient* i de la *formació i recerca*; la *qualitat i avaluació* del sistema; i, finalment, la *participació i drets i deures dels usuaris*.

A **nivell estatal**, aquests principis s'han establert mitjançant la ja mencionada LGS i la més recent Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut¹⁴ de 2003 (LCCSNS), dirigida fonamentalment a donar resposta a les necessitats del procés de descentralització. En aquest sentit, si la LGS ja inclou el principi de participació comunitària en tot el procés de la política sanitària, a través d'estructures com els consells consultius; a la LCCSNS, per la seva banda, s'aborda la qualitat del servei i es desenvolupa el principi de participació. Aquest principi de participació, a banda de ser considerat un dret en si mateix, també regeix com a principi pràctic del SNS i comporta discursivament una major centralitat del col·lectiu dels i les usuaris en el sistema sanitari. Els eixos són el respecte per l'autonomia dels ciutadans/usuaris en les decisions i la consideració de les seves expectatives, com a col·lectiu, en relació al sistema sanitari.

Pel que fa a les **comunitats autònomes**, veiem com aquests principis són de nou adoptats per totes elles, reproduint la forta homogeneïtat simbòlica que presenten els diferents sistemes autonòmics.

Tanmateix, sí que podem constatar divergències en l'èmfasi que es posa en aquests principis en el discurs normatiu. Per exemple, en el marc de tot el debat europeu sobre la vigència dels sistemes de protecció social davant els canvis sociodemogràfics, tecnològics i dels sistemes d'informació, són les comunitats d'Andalusia, Aragó, La Rioja i País Basc les que mencionen amb més insistència la necessitat d'una major *racionalització dels sistemes sanitaris* que porti a un augment de l'eficàcia i eficiència a través d'un sistema integrat dels recursos, així com l'elaboració de tota una estratègia d'actuació per a la millora de l'aprofitament dels recursos públics i privats, també assenyalada per Catalunya, Canàries, Comunitat Valenciana i Galícia. En aquest sentit, dues comunitats (País Basc i Comunitat Valenciana) afegeixen en els seus textos legals la demanda a la ciutadania per tal que tinguin una implicació activa en l'ús dels recursos sanitaris, partint de la base de que aquests no són il·limitats.¹⁵

Pel que fa a la promoció de la docència i recerca en les ciències de la salut, destaca l'èmfasi posat per Andalusia, Aragó, Cantàbria, Comunitat Valenciana i Galícia, mentre que per la promoció del medi ambient són Aragó, Astúries, les Illes Balears, Catalunya i Madrid les que introdueixen aquest principi com a element regulador del sis-

14 BOE núm. 128 Jueves 29 mayo 2003.

15 En aquest àmbit, podem afegir que avui en dia aquesta és una qüestió que preocupa cada vegada més. La seva visibilització està prenent força, per exemple, arran del debat sobre l'aprovació dels pressupostos, que ha permès constatar que algunes comunitats, especialment la catalana, mantenen un debat viu al voltant d'aquest element.

tema. En quant a la promoció de la qualitat del servei, en sintonia amb la proposta legislativa estatal de la LCCSNS, es busca la inclusió de les innovacions però amb seguretat, eficàcia i sempre sota l'avaluació dels beneficis que generin per a tots els actors. Si bé totes les comunitats autònomes menys Astúries introdueixen aquest element, sis d'elles (Aragó, Canàries, Castella i Lleó, Comunitat Valenciana, La Rioja i el País Basc) remarquen a més a més l'avaluació com un principi en si mateix, mentre Catalunya ho introdueix en l'exposició de motius, tot i que com a objectiu final enlloc de com a principi rector.

Pel que fa als principis de participació i a l'atorgament de drets, a banda de la inclusió homogènia del principi de la participació comunitària en la política sanitària –introduïda per la LGS i que les CA recullen–, el desplegament efectiu de la participació dels i les usuàries plantejat per la LCCSNS és recollit de forma diferent per les comunitats autònomes. En aquest sentit, cal destacar que amb una anàlisi centrada exclusivament en les fonts seleccionades de l'àmbit normatiu i legislatiu no és possible identificar diferents orientacions pel que fa la definició del subjecte del dret: en aquests documents en general s'utilitzen de forma intercanviable o ambigua els conceptes de ciutadà, usuari o pacient, tot i que com sabem ens remeten a marcs cognitius molt diferents i poden portar, per tant, a pràctiques concretes força diferents.

Tot i així, veiem com algunes autonomies destaquen discursivament aquesta major centralitat de l'usuari (Cantàbria, Castella-la Manxa, Galícia, La Rioja, Madrid i Múrcia) i, com desenvoluparem en el següent apartat, han desplegat un marc normatiu específic per tal d'incloure aquests avenços. De tota manera, caldria veure fins a quin punt des de la vessant operativa dels sistemes sanitaris aquesta consideració vers els i les usuàries s'ha canalitzat dins mitjançant una participació més atomitzada (focalitzada a través de grups d'autoajuda i/o relatius a problemes molt particulars) o més col·lectiva (com per exemple mitjançant la creació de Consells de salut), i si els instruments desplegats han partit d'una perspectiva més vinculada als pacients, als usuaris-consumidors, o als ciutadans i ciutadanes. Podem ressaltar, però, que deu comunitats autònomes introdueixen com a principi dels seus sistemes sanitaris la participació en la gestió del sistema no només de la societat en general o de les persones usuàries concretes, sinó també dels seus treballadors i treballadores (Andalusia, Aragó, Balears, Cantàbria, Castella-la Manxa, Extremadura, Galícia, Madrid, La Rioja i el País Basc).

Finalment, apuntarem que a les lleis generals de sanitat de sis comunitats (Aragó, Balears, Extremadura, Galícia, Múrcia i La Rioja) es fa referència explícita als drets i deures dels usuaris i dels poders públics com a principi rector.

Pel que fa al principi rector dels drets i deures per als usuaris i per als poders públics, s'explicita discursivament com a tal principi. De tota manera, per anar més enllà en l'anàlisi d'aquest principi i del seu desplegament jurídic, a continuació ens endinsarem en l'estudi del discurs desenvolupat en aquest sentit a nivell estatal i autonòmic.

7.3. El reconeixement de drets i la seva evolució a les comunitats autònomes

Aquest segon eix de l'anàlisi fa referència a l'evolució del reconeixement de drets vinculats a la salut en l'àmbit. En aquest àmbit, doncs, ens preguntem si aquests deriven de referents comuns (ja siguin internacionals o de la legislació bàsica estatal), i si han pres direccions o ritmes de desenvolupament diferents a les diverses CA.

S'identifiquen dues fases successives de reconeixement de drets: la primera, amb la qual es posen les bases de les polítiques sanitàries a Espanya i es protegeix el dret a la salut (definit per la Constitució espanyola i la Llei General de Sanitat de 1986); i la segona, a partir de finals dels anys noranta i durant la primera dècada del segle XXI, en la qual es desenvolupen una sèrie de drets addicionals vinculats a la salut per a donar resposta als reptes que presenten els canvis demogràfics, culturals i el desenvolupament tecnològic.

7.3.1. L'establiment del dret a la salut (1978-90)

Com ja hem esmentat, a l'Estat espanyol és a la Constitució de 1978 on primer es fa esment –a l'article 43– al *dret a la protecció de la salut* com a dret de la ciutadania i responsabilitat dels poders públics. A banda d'aquest reconeixement específic, però, alhora s'incorpora també la noció de *dignitat humana* (art. 15 CE¹⁶), abordant la salut com una qüestió de llibertat de les persones i com a dret fonamental,¹⁷ així com el *dret i respecte dels usuaris i consumidors* (art. 51 CE), que esdevé un eix ineludible.

A un nivell més concret, és a la Llei General de Sanitat de 1986 on es dona un pas endavant molt important pel que fa a la concreció dels drets de tots els ciutadans/es respecte les administracions sanitàries. En aquesta legislació bàsica es poden diferenciar sis grups de drets reconeguts:

1. ***Drets sobre les condicions dels tractaments***, on s'inclou el respecte a la personalitat, dignitat humana i intimitat sense discriminació; la confidencialitat de tota la informació relacionada amb el procés de tractament;¹⁸ el dret a assignar un metge, que serà l'interlocutor principal amb l'equip assistencial i a l'elecció del metge i de la resta de sanitaris; i el dret a ser advertit de si els procediments de pronòstic,

16 "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra".

17 Veure Solozábal-Echavarría (2006) per a més informació.

18 Dret desenvolupat també a la posterior Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i deures en matèria d'informació i documentació clínica (LAP).

diagnòstic i terapèutics que s'apliquen poden ser utilitzats en funció d'un projecte docent o de recerca;

2. **Drets de participació**, a través de les institucions comunitàries i de les activitats sanitàries, en els termes establerts en aquesta Llei i en les disposicions que la desenvolupen;
3. **Drets de reclamació** pels quals els usuaris poden utilitzar les vies de reclamació i de suggeriments en els terminis previstos;
4. **Drets a les prestacions sanitàries**, per tant, a l'obtenció dels medicaments i productes sanitaris que es considerin necessaris per promoure, conservar o restablir la salut;
5. **Drets als serveis sanitaris privats**, que permet l'exercici dels drets contemplats en el grup de drets sobre les condicions dels tractaments i els drets a la informació en relació als serveis sanitaris privats, respectant el peculiar règim econòmic de cada servei sanitari; i finalment,
6. **Drets a la informació**, que consisteix, per una banda, tant en els drets relatius a la informació de tipus general, como el dret a la informació sobre els serveis sanitaris a què es pot accedir i sobre els requisits necessaris pel seu ús, i per l'altra banda, als drets relacionats a la informació que han de facilitar els professionals sanitaris.¹⁹

Arran del desenvolupament progressiu de les polítiques sanitàries autonòmiques, destacarem com a partir dels anys noranta aquestes, liderades per Catalunya i Navarra, començaran a definir les seves pròpies lleis d'ordenació sanitària, reservant un capítol dedicat als drets dels i les ciutadanes a la salut. Es tracta d'un moment on la construcció dels drets a la salut per part de les CA essencialment segueix les directrius establertes per la Constitució espanyola i la Llei General de Salut de 1986.

Tanmateix, es poden diferenciar dos grups de comunitats autònomes: aquelles que transposen el text íntegre de la Llei General de Sanitat sense introduir-ne modificacions (Astúries, Illes Canàries i Múrcia) o afegint-hi uns canvis mínims (Castella-la Manxa); enfront la resta de comunitats que sí que introdueixen alguns elements de diferenciació.

19 Aquests són, per exemple, facilitar informació completa i continuada, verbal i escrita, sobre el procés; la lliure elecció entre les opcions que presenti el responsable mèdic del cas, essent necessari el previ consentiment escrit de l'usuari para la realització de qualsevol intervenció (amb algunes excepcions); a que es proporioni certificat acreditatiu de l'estat de salut; a que quedi constància per escrit de tot el procés; i a negar-se al tractament, amb la sol·licitud de l'alta voluntària.

Si ho valorem segons la tipologia de drets, destacarem com es dona una gran homogeneïtat pel que fa als drets sobre les condicions de tractament, en els quals totes les CA introdueixen un reconeixement similar. Respecte als drets de participació en les activitats sanitàries, a través dels Consells, i als drets de reclamació; també totes les autonomies en fan un reconeixement similar, ja sigui a l'apartat de drets de la ciutadania o en tant que principi orientador de la política. En aquest cas, però, cal ressaltar que el País Basc va ser pioner en garantir la participació democràtica de totes les persones interessades en el sector de la salut.

7.3.2. El desenvolupament dels nous drets vinculats a la salut (2000)

Com ja hem assenyalat prèviament, la importància del dret a la salut com a dret fonamental de la ciutadania es troba present des de ja fa unes dècades en l'escenari de les polítiques sanitàries. No obstant, els múltiples canvis dels darrers anys (transformació de l'estructura sociodemogràfica, avenços genètics i desenvolupament informàtic) han fet necessària una evolució dels drets vinculats a la salut i l'establiment de noves formes de protecció que donin resposta a les demandes i necessitats més actuals dels i els pacients, i per tant aportin una major centralitat de l'usuari/a en els sistemes sanitaris.

Aquesta evolució del reconeixement dels drets vinculats a la salut s'ha vist determinada, per una banda, per l'actuació d'organitzacions internacionals com l'Organització Mundial de la Salut, Nacions Unides, la Unesco i la Unió Europea, que han mostrat un gran interès pels drets dels i les pacients i la bioètica. En aquest sentit, a banda de la Declaració Universal de Drets Humans de l'any 1948, ressaltarem la Declaració sobre la Promoció dels Drets dels Pacients a Europa, promoguda l'any 1994 per l'OMS. Més recentment, és important destacar altres documents més específicament relacionats amb l'autonomia dels pacients i els drets i deures en matèria d'informació i documentació clínica, com ara la Declaració Universal del Genoma Humà i Drets Humans de la Unesco (1997) i el Conveni del Consell d'Europa sobre els Drets de l'Home i la Biomedicina (Conveni d'Oviedo, 1997, en vigor a l'Estat espanyol des de 2000).

En el nou mil·lenni, es desenvolupen i consoliden nous drets en l'àmbit internacional, com per exemple el d'autonomia del pacient i el d'una segona opinió mèdica. En aquest marc, CA inicien una reformulació de la seva legislació sanitària incorporant aquests nous canvis i aprofundint en alguns aspectes de la LGS. De nou, els plantejaments estatals seran cabdals, mitjançant la Llei d'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica de 2002 (LAP) i la ja esmentada Llei de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut de 2003.

Quant a la primera, la **Llei d'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica**, introdueix una nova aproximació dels drets relacionats amb les condicions en les quals s'ha de facilitar la informació relativa a l'estat de salut dels i les pacients. En aquesta llei podem dir que s'afronten de forma decisiva aquestes qüestions bàsiques en relació a la informació, el consentiment o la

historia clínica, i s'introdueixen aspectes innovadors pel que fa a les voluntats anticipades o testament vital, la figura del metge responsable de la informació, i la concreció dels 16 anys com a majoria d'edat sanitària (García-Ortega et al., 2004).

Els continguts fonamentals de la LAP els podem dividir en cinc temes:

1. **Dret a la informació sanitària.** La LAP estableix que el titular del dret a la informació és el o la pacient, però que també seran informades les persones vinculades, per raons familiars o de fet, en la mesura que el pacient ho permeti. El metge/ssa responsable del pacient es qui garantirà el compliment del seu dret a la informació. En aquest sentit, la LAP introdueix dues grans novetats: a) el reconeixement del dret a la informació epidemiològica, per fer efectiu el dret de la ciutadania a conèixer els problemes sanitaris col·lectius quan aquests impliquin un risc per a la salut pública o individual; b) i la concreció de que per regla general la informació es proporcionarà de forma verbal, deixant constància de la mateixa en la història clínica. D'aquesta manera, es redueix la rigidesa de la LGS, que exigia que la informació fos completa i continuada, verbal i escrita.²⁰ Tanmateix, aquesta petita modificació pot tenir no obstant implicacions àmplies: l'adopció d'un concepte tant ambigu com "informació adequada" inclou el risc d'una pèrdua de reconeixement del dret a la informació per part del pacient, en la mesura que la valoració sobre quina és la informació adequada es deixa sempre en mans del personal mèdic.
2. **Dret a la intimitat.** Es refereix bàsicament a que tota persona té dret a que se li respecti el caràcter confidencial de les dades referents a la seva salut, i a que ningú pugui accedir a elles sense prèvia autorització emparada per Llei. I estableix també que els centres sanitaris seran els responsables de garantir aquests drets i elaborar, quan procedeixi, les normes i els procediments protocol·litzats que regeixin l'accés legal a les dades dels pacients.
3. **Dret a l'autonomia del pacient.** Aquest dret té com a exponent màxim el consentiment informat. La LAP determina que tota actuació en l'àmbit de la salut necessita el consentiment lliure i voluntari de la persona afectada. Aquest consentiment serà, per regla general, verbal i sempre es donarà un cop rebuda la informació.²¹ També s'inclou el dret de voluntat anticipada pel qual tota persona pot decidir sobre les actuacions sanitàries de les que pugui ser objecte en un futur suposant que en aquell moment no es tingui la capacitat de decidir per si mateix.²²

20 El Conveni d'Oviedo també suavitza aquesta determinació en introduir el terme "informació adequada", com a sinònim d'informació suficient adaptada a la persona que la rep.

21 El pacient pot revocar lliurement per escrit el seu consentiment en qualsevol moment. La llei detalla també quan procedeix el consentiment informat per escrit i per representació, íntimament lligat a la capacitat del pacient. Així contempla la possibilitat de que una persona (major d'edat, capaç i lliure) manifesti anticipadament la seva voluntat.

22 Si bé la LAP utilitza el terme "instruccions prèvies" per a referir-se a aquest concepte, la majoria de les CA fan servir "voluntats anticipades", per la qual cosa utilitzarem aquesta denominació.

4. **Història clínica.** D'acord amb la LAP, la història clínica tindrà com a finalitat principal facilitar l'assistència sanitària, deixant constància de totes aquelles dades que, segons criteri mèdic, permetin el coneixement vertader i actualitzat de l'estat de salut. La documentació haurà de serà conservada pels centres sanitaris com a mínim cinc anys, comptats des de la data d'alta de cada procés assistencial.
5. **Informe d'alta i altra documentació clínica.** La llei determina que tot pacient tindrà dret a rebre del centre o servei sanitari un informe de alta, un cop finalitzat el procés assistencial. Reconeix també el dret del pacient o usuari de que se li facilitin els certificats acreditatius del seu estat de salut.

La LAP té, per tant, un paper important en la mesura que aprofundeix en el reconeixement de drets i incorpora noves qüestions per a donar resposta a les noves necessitats de la ciutadania i del sistema sanitari. Donat que és una llei de caràcter bàsic, les diferents comunitats autònomes han de prendre les mesures necessàries per adaptar o incorporar les aportacions de la LAP en les seves normatives i així fer efectiva la llei, garantint el correcte exercici dels drets dels ciutadans en la protecció de la salut.

Un any més tard, la LCCSNS concreta de nou el reconeixement de drets dels ciutadans/es incloent els drets de l'usuari o usuària a disposar d'una segona opinió facultativa sobre el seu procés, a rebre assistència sanitària dins de la seva comunitat autònoma de residència en un temps màxim i a rebre, quan s'estigui fora de la comunitat de procedència, una assistència sanitària en les mateixes condicions i garanties que les persones residents de la comunitat on es troba desplaçat/da.

Aquest desenvolupament legal marcarà, consegüentment, una nova etapa en l'evolució dels drets a la salut a les CA De fet, és a partir d'aquest moment que es poden observar algunes diferències en aquesta matèria entre territoris. Aquestes diferències deriven, principalment, *d'aspectes relacionats amb la incorporació/adaptació o no de la LAP i de la LCCS a les normatives autonòmiques.*

El primer que es detecta, doncs, és que a nivell general es constitueixen tres grups:

- Per un cantó trobem Catalunya, Galícia, Navarra i el País Basc, que són pioneres en tot l'àmbit estatal en el reconeixement de nous drets vinculats amb la salut, en tant que ja havien desenvolupat les seves pròpies lleis abans de que fos promulgada la LAP.
- Per altra banda, trobem la majoria de les comunitats autònomes, les quals estan reformulant el seu marc legislatiu per incorporar les qüestions presents en aquestes dues lleis estatals. En aquest sentit, destacarem els casos d'Andalusia, Castella i Lleó i Comunitat Valenciana, que abans del primer any de vigència de la LAP ja van elaborar les seves pròpies lleis sobre l'autonomia del pacient i el dret a la informació i documentació clínica.

- Finalment, encara resten algunes autonomies que no presenten cap canvi normatiu en el tractament d'aquests temes: Astúries, Canàries i la Regió de Múrcia; essent Múrcia l'última en incorporar-ho en l'avantprojecte de Llei recentment realitzat. També hi ha el cas de Castella-la Manxa, que presenta una modificació mínima pel que fa al dret a la informació fent referència a una qüestió introduïda pel Conveni d'Oviedo: la substitució del terme "informació completa", tal i com s'expressa a la LGS, per "informació adequada", en la temptativa de suavitzar el rigor de la Llei en aquest tema.

Pel que fa en concret al tema dels drets d'informació, que és el que ha tingut majors canvis amb el desplegament de la LAP, trobem tres situacions:

- Un grup de CA que han creat una Llei que engloba tots els temes plantejats a la LAP referents al dret a la informació, documentació i autonomia del pacient (Castella i Lleó, Catalunya, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galícia i Navarra). Entre aquest grup, destaca el cas de Catalunya que, com a pionera, pot haver tingut una gran influència en l'elaboració de la LAP, en tant que manté una forta semblança tant en la composició del text com en el nom de la Llei.
- Un altre grup de comunitats que van optar per transposar els elements innovadors introduïts per la LAP a les seves Lleis de salut autonòmiques, alhora que creaven una nova Llei específica per a tractar els aspectes més innovadors (Illes Balears, Cantàbria, La Rioja i Madrid) a través, per exemple, de Lleis específiques sobre la voluntat anticipada.
- El cas d'Andalusia i País Basc, que és particular donat que tot i que també elaboren una Llei específica de voluntat anticipada (incloent els aspectes més nous introduïts per la LAP), en canvi no recullen en la seva legislació la resta de modificacions presents a la LAP. Per altra banda, el País Basc també apareix com a pioner en la creació d'una normativa, l'any 1986, sobre l'ús de la història clínica.

Així, en total són set les CA que tenen ja una Llei de Voluntats Anticipades²³ (Andalusia, Illes Balears, Cantàbria, Catalunya, La Rioja, Madrid i País Basc), el que reflecteix també la rellevància que el tema ha adquirit en els darrers anys dintre del que entenem per drets de les persones usuàries de la sanitat.

Finalment, apareixen també algunes diferències entre comunitats autònomes pel que fa a la incorporació dels drets reconeguts a la **Llei de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut**. Pel que fa al dret a disposar d'una segona opinió facultativa sobre el procés assistencial, per exemple, hi ha un reconeixement pràcticament unànim per totes les comunitats, en incorporar-lo a les seves cartes de drets de la ciutadania, amb

23 Si bé les denominacions varien entre els termes "instruccions o directrius prèvies", "testament vital" o "voluntats anticipades".

l'excepció d'Astúries i Múrcia. En canvi, el dret a establir un temps màxim per a rebre assistència sanitària a la seva comunitat autònoma, com a via de reducció de les actuals llistes d'espera existents, ha estat reconegut per 8 de les 17 comunitats autònomes (Andalusia, Illes Balears, Cantàbria, Castella i Lleó, Galícia, La Rioja, Madrid i País Basc).

Tancant ja aquest apartat, podem afegir una nova diferenciació entre les comunitats autònomes en funció de si han incorporat als seus **Estatuts d'autonomia** una declaració dels drets dels ciutadans referents a la salut, com seria el cas d'Andalusia, Aragó, Balears, Castella i Lleó, Catalunya i Comunitat Valenciana.

7.4. Conclusions

La principal conclusió que podem extreure de l'anàlisi realitzada és la notable homogeneïtat que es dona en la vessant simbòlica de la política sanitària entre les diverses comunitats autònomes. En efecte, tant pel que fa als principis orientadors de la mateixa com als drets vinculats a la salut que es reconeixen, en general es dona una correspondència notable entre els plantejaments de les diverses CA, les quals, per altra banda, no presenten conflictes o divergències significatives amb les propostes derivades de la legislació estatal.

Aquesta homogeneïtat la vinculem especialment al fort impacte de les recomanacions internacionals de l'àmbit de la política sanitària. Així, tant la normativa estatal com les autonòmiques en general es basen en gran mesura en les propostes de l'Organització Mundial de la Salut, de la Unesco i del Consell d'Europa.

En aquest sentit, *no podem establir una tipologia entre models de polítiques sanitàries en base als continguts dels discursos normatius*, per la qual cosa ens haurem de remetre a la revisió de les dimensions substantiva i operativa.

El que sí que podem destacar, però, és una *diferenciació pel que fa als ritmes* amb els quals les CA desenvolupen els principis i reconeixen els drets vinculats a la salut. Algunes de les autonomies sí que s'han destacat pel seu caràcter pioner, ja sigui per la seva rapidesa a l'hora de traslladar a la legislació pròpia els plantejaments estatals (LGS, LAP i LCCSNS: Andalusia, Castella i Lleó i Comunitat Valenciana) com fins i tot introduir elements innovadors prèviament al seu desplegament estatal (Catalunya, Galícia, Navarra i el País Basc, especialment, en diferents aspectes concrets que hem detallat prèviament). Finalment, destaquen algunes CA que han incorporat les disposicions estatals sense introduir-hi modificacions substantives (Aragó, Astúries, Illes Balears, Illes Canàries, Cantàbria, Castella-la Manxa, Extremadura, Madrid, Múrcia i La Rioja). Als següents capítols podrem examinar amb major profunditat com han incidit els diferents ritmes en l'assumpció de competències al mencionat ritme de desenvolupament de drets i principis.

7.5. Bibliografia

- Bohigas, L.; de la Puente, M. L., "El Sistema Nacional de Salud i els Sistemes de Salut Autònoms. Evolució i perspectives", a AAVV, *Política sanitària i comunitats autònomes*, Seminari, Barcelona 14 de novembre de 2006, Barcelona: IEA, 2007.
- Bustelo, M.; Lombardo, E., "El análisis de marcos interpretativos de política como herramienta para el análisis y la evaluación de las políticas públicas: el caso de los proyectos europeos MAGEEQ y QUING en políticas de igualdad de género", Ponencia VIII Congreso de l'AECPA (Valencia, 18-20 Septiembre de 2007).
- Círculo de empresarios, *Un sistema sanitario sostenible*, Ediciones Círculo de Empresarios, 2006. Disponible a: <http://www.circulodeempresarios.org/var/forum/storage/original/application/cdc5d3a3ee778439c31437b0db89f000.pdf>.
- Gallego, R., "Las políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas", a Gallego, R.; Goma, R.; Subirats, J. (2003), *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas: la descentralización de las políticas sociales en España*, Madrid: Ed. Tecnos, 2003.
- Gallego, R.; Goma, R.; Subirats, J., *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas: la descentralización de las políticas sociales en España*, Madrid: Ed. Tecnos, 2003.
- García-Ortega, C.; Cózar-Murillo, V.; Almenara-Barrios, J., "La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002", a *Revista Española de Salud Pública*, n. 4, jul-ago, 2004.
- González, B.; Barber, P., *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*, Documento de trabajo 90/2006, Fundación Alternativas, 2006. Disponible a: <http://www.diario-medico.com/midm/documentosps/desigualdadesterritoriales.pdf>.
- Jiménez Palacios, A., "El Sistema Nacional de Salud 20 años después", *Revista Administración Sanitaria* n° 4 (2), 2006. Disponible a: <http://external.doyma.es/pdf/261/261v4n2a13091840pdf001.pdf>.
- León Alonso, M., "Mujer, Salud y derecho", a *Revista Letras Jurídicas*, n. 17 gener, 2008.
- Martín García, "Transferencias sanitarias y desigualdades de salud", *Revista Salud 2000*, n° 98, 2004.
- Moreno Fuentes, F.J., "Retos sociosanitarios para un sistema de salud descentralizado", a AAVV, *Política sanitària i comunitats autònomes*, Seminari, Barcelona 14 de novembre de 2006, Barcelona: IEA, 2007.
- Pérez Giménez, R., *Desigualdades en salud por clase social y política sanitaria. Las encuestas de salud en Cataluña (1994-2002)*, Tesis Doctoral, UAB, 2006. Disponible a: <http://sapsuab.files.wordpress.com/2008/01/tesis.pdf>.

Rey Biel, P.; Rey del Castillo, J., *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver*, Documento de trabajo 100/2006, Fundación Alternativas, 2006. Disponible a: <http://www.almendron.com/politica/pdf/2006/8822.pdf>.

Rico, A.; López-Casasnovas, G., "¿Qué podemos aprender de la experiencia previa? Evaluación de las políticas sanitarias en el Estado de las Autonomías (1979-1999)", 2003.

Solozábal-Echavarría, J. J., *Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico*, Document de treball 89/2006, Fundación Alternativas.

Fonts legislatives generals

Butlletí Oficial de l'Estat, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE de 29/05/2003.

Butlletí Oficial de l'Estat, Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. BOE de 15/11/2002.

Butlletí Oficial de l'Estat, *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*, BOE de 20/10/1999, corregido según BOE de 11/11/1999. Disponible a: http://iier.isciii.es/er/pdf/er_ovied.pdf.

Butlletí Oficial de l'Estat, Constitución Española de 1978. BOE de 29/12/1978. Disponible a: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html.

Butlletí Oficial de l'Estat, Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, BOE de 29/4/1986.

Nacions Unides, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, Asamblea General de les Nacions Unides, resolució 217 A (III). Nova York, desembre 1948. Disponible a: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>.

Organització Mundial de la Salut, *Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa*, Consulta europea sobre els Drets dels Pacients, Amsterdam, 28-30 de març de 1994. Disponible a: <http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/09E171FD-2284-43C9-8EF8-A4A259751805/0/Declaraci%C3%B3nsobrelapromoci%C3%B3ndelosderechosdelospacientesenEuropa.pdf>.

UNESCO, *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*, Conferència General de la Unesco, novembre 1997. Disponible a: http://portal.unesco.org/shs/en/files/2516/10596645521declaration_-_espanol.pdf/declaration%2B-%2Bspanol.pdf.

7.6. Annexos

7.6.1. Dimensió simbòlica

Taula 7.1

Síntesi dels principis rectors explicitats per les comunitats autònomes en les lleis de sanitat

	Andalusia	Aragó	Astúries	Balears	Canàries	Cantàbria	Castella i Lleó	Castella-la Manxa	Catalunya	Com. Valenciana	Extremadura	Galícia	Madrid	Múrcia	La Rioja	Navarra	País Basc
Universalització																	
Igualtat social i territorial																	
Concepció integral de la salut																	
Sistema integrat																	
Participació comunitària o ciutadana																	
Participació dels treballadors																	
Promoció de la docència i recerca																	
Qualitat del servei i/o humanització																	
Eficàcia, eficiència i racionalitat del sistema																	
Avaluació																	
Drets i deures																	
Promoció del medi ambient																	

Font: elaboració pròpia.

Taula 7.2

Síntesi dels drets de salut de la LGS, LAP i LCCSNS explicitats per les comunitats autònomes en les seves lleis de salut

	Andalusia	Aragó	Astúries	Balears	Canàries	Cantàbria	Castella-la Manxa	Castella i Lleó	Catalunya	Com. Valenciana	Extremadura	Galícia	La Rioja	Madrid	Múrcia	Navarra	País Basc
1) Llei 14/1986, general de sanitat																	
Drets sobre les condicions dels tractaments																	
Drets de participació																	
Drets de reclamació																	
Drets a les prestacions sanitàries																	
Drets als serveis sanitaris privats																	
Drets a la informació																	
2) Llei 41/2002 - LAP*																	
Drets a la informació sanitària																	
Drets a la intimitat																	
Drets a l'autonomia del pacient - Consentiment informat																	
Drets a l'autonomia del pacient - Instruccions prèvies																	
Història clínica																	
Informe d'alta i altra informació clínica																	
Llei 16/2003 - de cohesió i qualitat del SNS																	
Dret a una segona opinió mèdica																	
Dret a assistència sanitària en temps màxim																	
Dret a assistència sanitària quan estigués fora de la seva CA																	

Font: elaboració pròpia.

* La taula mostra els drets presents a les Lleis Estatals (LGS, LAP, LCCSNS) que alhora van ser incorporats a les Lleis autonòmiques de salut. Per tant, en relació a la LAP, Aragó, Balears, Cantàbria, Castella-la Manxa, La Rioja i Madrid han incorporat a les seves Lleis autonòmiques de salut els canvis proposats per la LAP. No consta a la taula, però, i es important ressaltar-ho, que: 1) Andalusia, Balears, Cantàbria, Catalunya, La Rioja, Madrid i País Basc crearan una llei específica per tractar el tema de les voluntats anticipades. 2) Castella i Lleó, Catalunya, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galícia i Navarra crearan una llei per incorporar tots els temes proposats per la LAP (aquells més nous que amplien el que ja constava a la LGS).

8

LA DIMENSIÓ SUBSTANTIVA DE LES POLÍTIQUES SANITÀRIES AUTONÒMIQUES DES D'UNA PERSPECTIVA COMPARADA

Eva Alfama, Marta Cruells i Gabriela Monteiro

Si al capítol anterior s'ha mostrat l'alt grau d'homogeneïtat existent entre els discursos normatius estatals i els de les comunitats autònomes, en l'àmbit substantiu veiem com durant els últims anys la política sanitària a l'Estat espanyol ha experimentat profundes transformacions. D'una banda, amb el traspàs de les competències sobre planificació, organització i gestió del sistema sanitari a les deu comunitats autònomes que encara no disposaven d'elles, s'ha consolidat un Sistema Nacional de Salut essencialment descentralitzat. D'altra banda, es modifica el sistema de finançament sanitari a partir del Nou Acord sobre Finançament Autonòmic. L'any 2001 és el moment històric on conflueixen aquests dos processos de reforma sanitària.

En tot aquest procés de descentralització s'han configurat sistemes sanitaris autonòmics amb característiques diverses. En aquest capítol pretenem analitzar la diversitat existent a les diferents comunitats autònomes pel que fa al volum i estructura de la despesa sanitària, als models de finançament establerts, a la dotació de recursos humans i materials i al tipus de cobertura sanitària que es proveeix tant a nivell d'atenció primària com secundària.

En aquest sentit, ens preguntem fins a quin punt les divergències en aquests elements ens permeten assenyalar grups diferenciats de CA i possibles models de polítiques sanitàries. En darrer terme, i retornant al debat sobre equitat i diversitat, ens interessa valorar si el procés de descentralització i la diversificació dels models sanitaris ha contribuït a augmentar les desigualtats interterritorials pel que fa al sistema sanitari o bé, pel contrari ha permès una millor planificació i adequació a les diferències regionals tot contribuint a una millora global dels serveis i a la reducció de la distància entre autonomies.

Per donar resposta a aquestes preguntes, s'han analitzat dades estadístiques i documentació secundària provinents de diverses fonts (especialment l'INE i el Ministeri de Salut i Consum), les quals ens han permès comparar els nivells de despesa, recursos estructurals i cobertura de totes les CA durant el període 1996-2005.¹

A l'hora de valorar les dades, però, caldrà tenir en compte que com s'ha esmentat al capítol anterior, el procés de traspàs de les competències sanitàries a les comunitats autònomes no es va culminar fins l'any 2002 i, per tant, fins aquest any alguns dels territoris no tenien autonomia per a elaborar les seves pròpies opcions respecte el sistema de salut.

Els continguts del capítol es presenten organitzats en tres blocs. En primer lloc descriurem l'evolució dels models de finançament i les diferències territorials pel que fa al volum i prioritats de la despesa sanitària. En segon lloc, entrarem a analitzar el ti-

1 En els casos en que no ha estat possible abastar tot el període per manca de dades homogènies i comparables ens hem cenyit a les sèries temporals disponibles.

pus de cobertura sanitària que s'ha desenvolupat a les diferents autonomies, apuntant les diferències existents en l'atenció primària i l'hospitalària, i posant-les en relació amb els nivells de despesa. Finalment, esbossarem algunes conclusions sobre l'impacte del procés de descentralització en les diferències existents entre les polítiques sanitàries autonòmiques.

8.1. Els recursos econòmics de la sanitat pública de les CA

8.1.1. Models de finançament

En termes generals, al llarg de tot el període analitzat el finançament sanitari va anar evolucionant progressivament des de la situació de partida, tipus Seguretat Social i en base a les aportacions de treballadors/es i empresariat, cap a un model de Sistema Nacional de Salut finançat via impostos; procés que va concloure l'any 1999² (Rey Biel i Rey del Castillo, 2006).

Pel que fa a les fonts de finançament s'han donat canvis importants molt lligats a les vicissituds polítiques de cada moment, destacant l'estret vincle entre el model de finançament autonòmic general i el finançament de la sanitat –i viceversa–, donat que aquesta política representa una part molt important de la despesa pública.

Per a les comunitats de règim comú³ amb les competències transferides el finançament sanitari es va regir inicialment per una sèrie d'acords periòdics –primer bilaterals i després multilaterals– que definien un seguit de transferències de l'INSALUD. L'any 1994 va entrar en vigor el primer acord general de finançament de la sanitat, que es basava en el criteri de distribució de la població protegida de cada CA. En aquest període el finançament de la sanitat es va mantenir independent del sistema general, a causa del seu origen contributiu i al diferent ritme de traspàs de competències (Martín, Jiménez i Montero, 2004).

-
- 2 Tanmateix, com apuntarem a l'apartat dedicat a la cobertura, es mantenen encara alguns règims especials en els quals per a alguns col·lectius la sanitat és proveïda en base a la contribució laboral.
 - 3 Recordem l'existència d'un model dual de relacions entre l'hisenda estatal i les autonòmiques. El sistema foral s'aplica al País Basc i Navarra en reconeixement dels drets històrics d'aquests territoris, amb el resultat de que aquestes dues autonomies gaudeixen d'un volum de recursos per habitant considerablement superior a la resta de governs autonòmics, qüestió que cal tenir en compte en el moment de valorar la seva despesa sanitària (De la Fuente, 2005). El règim comú, definit inicialment per la Llei Orgànica de Finançament de les Comunitats Autònomes de 1980, s'aplica a la resta de territoris.

L'any 2001 es va canviar el sistema amb la Llei 21/2001⁴ i el *Nou Acord de Finançament* Autonòmic i el finançament sanitari –amb algunes exclusions– es va incloure en el sistema general autonòmic (Rey Biel i Rey del Castillo, 2006),⁵ si bé la definició de les polítiques de finançament sanitari es va continuar fent des del Consell de Política Fiscal i Financera, un òrgan aliè a les administracions sanitàries i sense la participació del màxim ens de coordinació sanitària, el Consell Interterritorial del SNS (Rey Biel i Rey del Castillo, 2006).

El nou model aporta dues novetats principals a l'àmbit sanitari. En primer lloc modifica el sistema de distribució dels recursos: es passa del criteri capítatiu simple –població protegida– a un nou índex que on a més a més es pondera la posició relativa de cada CA en dues variables més: la població major de 65 anys (24,5% de la ponderació); i insularitat (0,5%). En tant que l'envelliment de la població, juntament amb la revolució de les tecnologies mèdiques i el canvi en les expectatives i demandes dels ciutadans són, segons Martín (2007), és una de les principals causes d'increment de la despesa sanitària, amb la introducció de nous criteris de distribució s'espera assolir un repartiment més equitatiu dels fons.

En segon terme, respecte la forma amb què es cedeixen els ingressos, la Llei 21/2001 consagra la corresponsabilitat fiscal com a principi bàsic del model de finançament, per a intentar implicar a les comunitats en la contenció de la despesa pública. Així, es dóna més pes als recursos tributaris cedits i compartits, augmentant la capacitat normativa a les CA per a determinar la quantitat de la recaptació i la distribució de la càrrega tributària (Utrilla de la Hoz, 2007). No obstant, molts autors apunten el poc èxit que ha tingut aquesta estratègia en la contenció de la despesa sanitària.⁶

En aquest marc, el nou model de finançament de la sanitat es centrava en tres fons diferents (Díaz-Regañón, 2006): el fons general distribuït en base a les mencionades “necessitats sanitàries”, i dos fons específics –gestionats per l'Estat i distribuïts amb criteri capítatiu–: d'estalvi en la Incapacitat Temporal, i un de Cohesió Sanitària. Aquest darrer té com a finalitat garantir la igualtat d'accés als serveis sanitaris en tot el territori, cobrir l'atenció a pacients desplaçats i procedents de la UE i d'altres paï-

4 Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

5 De fet, en les negociacions entre l'Estat i les CA, la definició del nou model de finançament amb el procés de transferències sanitàries: “en la práctica, la “condición” para poder asumir las competencias en materia de asistencia sanitaria (por parte de las 10 CCAA que aún no las tenían) es aceptar el nuevo modelo de financiación” (Jiménez, 2006).

6 Per una banda la capacitat de les autonomies per a augmentar els seus ingressos tributaris és força limitada (González i Barber, 2006, entre d'altres), i per altra banda, es manté la separació entre la responsabilitat de la decisió i la del finançament en alguns temes clau que incideixen en el creixement de la despesa sanitària, com apunta González (2004), posant com a exemples l'autorització de nous medicaments i la seva inclusió al catàleg de prestacions públiques (decisió central però finançada per les CA) o la definició de preus de referència.

sos amb convenis recíprocs d'assistència i el desenvolupament de programes de coordinació i cooperació. Els dos fons específics, però, estan molt poc dotats econòmicament, suposant només l'1/1.000 del pressupost global del SNS (Rey Biel i Rey del Castillo, 2006).

En resum, es fa evident que el model de finançament sanitari definit el 2001 no incorpora ni objectius ni mecanismes específicament dirigits a la reducció de les desigualtats territorials. Alhora, tampoc no inclou suficients mecanismes d'adaptació del repartiment dels recursos en relació a altres elements. En aquest sentit, en els darrers anys s'ha donat un fort creixement no esperat de la població en un espai temporal molt reduït, de manera que la població espanyola s'ha incrementat en 4,5 milions de persones distribuïdes territorialment de forma molt desigual, fet que ha generat efectes clars en l'assistència sanitària.

En aquest marc, si bé el model de 2001 estava plantejat amb una vigència temporal il·limitada i una vocació de permanència, en un curt termini de temps van reaparèixer nombrosos problemes i controvèrsies, en les quals el debat sobre el finançament sanitari ha estat un dels principals punts de fricció a causa de la crònica insuficiència de recursos que ha estat pal·liada periòdicament per aportacions extraordinàries de l'Estat (González i Barber, 2006). Paral·lelament, ha reaparegut el debat sobre el model d'Estat, plasmat en la recent onada de canvis estatutaris, que ha fet emergir de nou la discussió sobre els diferents models de finançament i les diverses opcions polítiques subjacents, mostrant com aquesta qüestió no és encara un tema tancat i de consens (Utrilla de la Hoz, 2007). Així doncs, a partir de 2004 s'inicia un procés de debat al més alt nivell sobre el finançament del Sistema Nacional de Salut. Es crea una comissió específica per a estudiar el dèficit sanitari no reconegut, que visibilitza una despesa acumulada de més de 6.000 milions d'euros, es defineixen una sèrie d'estratègies per a racionalitzar la despesa sanitària i s'augmenta significativament la dotació del fons de cohesió sanitària (Jiménez, 2006).

8.1.2. Despesa sanitària pública⁷

Volum i evolució de la despesa

La sanitat pública ha estat al llarg dels anys una de les majors prioritats de la despesa pública de l'Estat espanyol: l'any 2004, per exemple, representava un 30% del global de la despesa en protecció social, essent així la partida més important després de les pensions (39,7%). En nombres absoluts, la despesa sanitària en tot l'Estat va ser

⁷ Les dades que s'analitzen en aquest apartat, tal i com hem esmentat a la presentació, comprenen el període de 1999-2005 ja que no és fins l'any 1999 quan es disposa de dades més homogènies i comparables. A menys que s'indiqui el contrari, provenen del Ministerio de Sanidad y Consumo.

aproximadament de 52 milions d'euros l'any 2005, distribuïda entre les CA (amb 46 milions, gairebé al 90% del total de despesa), i les corporacions locals, l'Administració Central, la Seguretat Social i les Mutualitats de Funcionaris, que es reparteixen el 10% restant. Veiem doncs com arran de la descentralització de la política sanitària les autonomies assumeixen un paper central en la despesa, fins al punt que la seva dinàmica marca l'evolució global del sistema.

Al llarg del període 1999-2005 la despesa sanitària pública en nombres absoluts ha crescut de forma ininterrompuda a tot l'Estat, amb una mitjana de creixement inter-anual de 8,95%. Així, si l'any 1999 representava un 4,72% del PIB, al 2005 ja arribava al 5,05%. Per comunitats autònomes, s'observa que des de 1999 Extremadura ha estat el territori que de mitjana ha dedicat un major percentatge del seu PIB a l'atenció sanitària (7,77%), mentre al sector de menor dedicació trobem a Madrid, Balears, Catalunya, el País Basc i Navarra. Si a l'inici del període, l'any 1999 la distància entre la major i la menor dedicació era de 3,9% del PIB, al 2005 aquest valor havia augmentat fins al 4,5%, creixent així les diferències entre territoris. La despesa de 4 CA (Andalusia, Catalunya, Madrid i la Comunitat Valenciana) constitueix el 55% del total de despesa.

Tanmateix, són les dades referents a la despesa sanitària per persona protegida les que millor copsen de forma comparada la dotació de recursos a la sanitat. Aquest indicador també ens mostra una clara evolució positiva a totes les CA així com la persistència de diferències notables entre elles. Al 2005, mentre que Cantàbria presentava la major despesa per persona protegida (1331 euros), Andalusia va ser la que menys va gastar per habitant (1.020 euros). Per sota de la mitjana el 2005 trobem 4 comunitats: Catalunya, Comunitat Valenciana, Madrid i Andalusia.

Per altra banda, destaca el major creixement de la despesa d'alguns territoris: les Illes Balears, en especial, però també Castella-la Manxa, Cantàbria i La Rioja. Navarra i Madrid, per contra, són les que menys han augmentat la despesa per persona, si bé en el cas de Navarra s'ha de considerar que aquesta comunitat ha mantingut una de les majors despeses per càpita al llarg dels anys.

En el conjunt de l'Estat s'ha passat de 721 euros per persona protegida l'any 1999, a 1.091, el 2005. Tot i el notable creixement, segons l'Observatori Social d'Espanya (Navarro i Freixanet, 2007) el valor assolit segueix estant per sota de la mitjana europea –i no únicament de la mitjana de la UE-15, sinó també de la de la UE-25: si el 2004 l'Estat espanyol va gastar 1.329 upc⁸ per habitant, a la UE-15 el valor va ser de 1.975 upc i a la UE-25 1.682 upc.

8 Segons Navarro i Freixanet (2007), per la comparació europea és més fiable la utilització de les dades en paritat de poder de compra (upc), així que d'aquesta manera s'eliminen diferències derivades del diferent nivell de vida de cada país.

Taula 8.1

Despesa sanitària per persona protegida. 1999 i 2005

CA	Despesa sanitària per persona protegida (euros)		Mitjana del percentatge de variació interanual 1999-2005
	1999	2005	
Cantàbria	773	1.331	9,51
La Rioja	720	1.228	9,32
Aragó	776	1.209	7,7
Astúries	757	1.205	8,07
Navarra	878	1.204	5,42
Extremadura	725	1.199	8,82
País Basc	791	1.195	7,12
Castella i Lleó	726	1.177	8,42
Castella-la Manxa	675	1.157	9,7
Canàries	770	1.147	6,9
Galícia	754	1.122	6,88
Balears	614	1.121	10,67
Múrcia	709	1.114	7,84
Catalunya	722	1.058	6,59
Com. Valenciana	689	1.029	6,94
Madrid	725	1.026	6
Andalusia	680	1.020	7,03
Total	721	1.091	7,15
Distància entre els valors màxim i mínim	264	311	5,25

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del MSC i de l'INE.

L'augment de la població i l'envelliment progressiu de la mateixa són factors que poden influir en el nivell de despesa sanitària pública per persona protegida i que poden incidir en les diferències interterritorials. En el cas del creixement demogràfic, recordem com en els últims anys s'ha donat un fort augment de població concentrada especialment en alguns territoris, on l'increment de la despesa per càpita, per tant, requereix d'un major esforç absolut. Pel que fa a l'envelliment de la població, veiem com al conjunt de l'Estat espanyol s'ha incrementat un 10% la població major de 65 anys entre 1999 i 2005. Aquest fenomen constitueix un dels principals reptes del sistema sanitari, en la mesura que la despesa per càpita augmenta considerablement entre la població major de 65 anys. En aquest sentit, destacarem com Galícia i País Basc presenten un baix creixement de la despesa per persona protegida en comparació amb altres CA i alhora un alt augment de la seva població de més de 65 anys al llarg d'aquest període.

Pel que fa a la despesa farmacèutica, varia entre un percentatge màxim del 28,7% a Galícia i un mínim del 17,3% a Balears. La despesa farmacèutica mostra una tendència a l'alça molt rellevant a la majoria de CA que permet afirmar, com ho han fet altres autors,¹⁰ la necessitat d'utilitzar mesures de racionalització de la despesa farmacèutica a través, per exemple, de potenciar el consum de medicaments genèrics. Una de les tendències generals d'augment de la despesa farmacèutica pot estar relacionada als canvis socials i la seva major exigència, com ara l'envelliment de la població (i per tant augment de malalties i de malalties cròniques), i les noves tecnologies mèdiques i de tractaments, entre altres.

Amb un pes a la despesa força inferior trobem l'atenció primària. Extremadura és la comunitat que més va gastar en atenció primària (17,7%) i la que ocupa el penúltim lloc en despesa hospitalària, per sobre només de La Rioja. El contrari succeeix amb la comunitat de Madrid, que va ser la primera en despesa hospitalària alhora que passa a ser la penúltima en despesa dedicada a atenció primària (11,20%), superant únicament a Galícia (10,10%).

Quant a la despesa en salut pública, Cantàbria destaca per ser la comunitat que més hi dedica, arribant al 6,1% durant el 2005. Li segueixen, amb majors despeses en aquest sector: Castella i Lleó (2,3%), Castella-la Manxa (1,9%) i La Rioja (1,9%). En el cas de La Rioja, val a dir que durant el 2002 va augmentar aquesta despesa de forma molt significativa, arribant a gastar més del 8%.

8.2. La cobertura sanitària a les CA

La reforma del sistema sanitari espanyol durant la dècada dels 80 per part del Partit Socialista va suposar la transformació cap a un model de servei nacional de salut finançat a través dels pressupostos generals de l'Estat; per tant, via impostos i no via contribucions a la Seguretat Social com havia succeït anteriorment. En termes de cobertura això va suposar un compromís per assolir una cobertura universal i equitativa per a tots els ciutadans.

El desenvolupament històric¹¹ d'aquesta extensió de la cobertura ha comportat que avui en dia *de facto* més del 99% de la població tingui accés al sistema sanitari. Si bé a nivell pràctic l'extensió de la cobertura és una realitat per a la majoria dels ciutadans, *de jure* no tots tenen les mateixes condicions d'accés: per exemple, les persones sense recursos econòmics han d'acreditar la manca de recursos per accedir al

10 Veure Navarro, 2007.

11 Per a una visió exhaustiva d'aquest procés històric en termes de cobertura i transformació del SNS veure Sevilla (2006).

SNS,¹² o bé determinats grups socials com ara els funcionaris, o empreses col·laboradores gaudeixen de condicions específiques d'accés.¹³ Les diferents condicions d'accés es traslladen, doncs, en majors dificultats per les persones sense ingressos i amb majors opcions d'elecció per a les persones en determinada situació laboral. L'arrel d'aquestes diferenciacions, com afirma Manuel Freire (2005), és que la cobertura sanitària no és encara un dret cívic igual per a tota la població i derivat únicament de la ciutadania o la residència, sinó que es vincula també a les condicions econòmiques i laborals de les persones. Aquest fet segons diferents autors permet afirmar que els valors d'universalitat i equitat que es sostenen en el nivell simbòlic de la política sanitària no acaben de transposar-se de forma efectiva en la dimensió substantiva d'aquesta política.

Altres aspectes relacionats amb l'extensió de la cobertura són, per una banda, el progressiu augment de les persones amb doble cobertura –tant a través de mutualitats com per la concertació individual o per empresa d'una assegurança privada–, i per l'altra, el problema de l'accés a l'assistència sanitària per part de les persones que es troben desplaçades en una comunitat autònoma diferent a la de residència.

Quant al primer aspecte, les dades de l'Enquesta Nacional de Salut mostren com la proporció de persones amb cobertura sanitària privada concertada individualment o per empresa està creixent: si el 1997 a tot el territori espanyol era del 9%, l'any 2006 era del 13'2%. En aquest àmbit les diferències entre les comunitats autònomes són molt rellevants. Algunes, com ara Balears, Catalunya, Madrid i el País Basc presenten uns índexs elevats de població amb doble cobertura, de 25%, 29'3%, 22'7% i 19'9% respectivament.¹⁴ Els segueixen Aragó, Astúries i Castella i Lleó, amb percentatges d'entre el 10 i el 14%, i finalment estan la resta de CA, amb Extremadura amb el valor més baix: amb un 2'3% de la població únicament amb cobertura mixta. Les diferències en l'extensió de la doble cobertura evidentment no només reforcen les diferències en la població de les diferents CA, sinó que també tenen implicacions pel que fa a l'avenç de noves desigualtats socials en base als recursos econòmics entre la població de cada una de les autonomies.¹⁵

Pel que fa al segon aspecte, cal destacar que a pesar que a nivell normatiu es tingui el dret d'accedir a l'assistència sanitària en qualsevol de les comunitats autònomes on hom es trobi desplaçat, aquesta mateixa llei no especifica a qui li correspon vetllar

12 Des del RD 1088/1989 les persones sense recursos econòmics estan emparades per accedir a la cobertura sanitària.

13 Cal afegir, en relació a la població immigrada, que és a partir de la Llei 4/2000 que s'estén la cobertura a les persones indocumentades. Tot i així, malgrat el reconeixement del dret a l'accés, segons Moreno (2007), resten problemes per fer-lo efectiu: dificultats per empadronament, obtenció de tarja sanitària, accés al copagament de medicaments, etc.

14 Veure en aquest sentit Fusté et al. (2005).

15 En la dimensió operativa es desenvoluparà en major mesura aquest aspecte, juntament amb les fórmules de finançament que s'han establert entre actors i recursos privats i públics.

per aquest compliment, tenint les administracions autonòmiques únicament l'obligació de la responsabilitat de la cobertura de la seva pròpia població. Segons Rey Biel i Rey del Castillo (2006), els efectes d'aquesta manca de claredat en la normativa s'han traduït a nivell pràctic, en alguns casos, en la desatenció de determinats pacients, sense saber-se tampoc la incidència real d'aquestes situacions a causa de la manca d'una informació pública precisa.

En general, però, a grans trets ens trobem en una situació en que a la pràctica l'accés a la sanitat pública és universal a totes les CA Tanmateix, és necessari entrar a valorar la manera com es fa efectiva aquesta cobertura a cada territori, examinant si es donen diferències significatives entre la dotació de recursos estructurals i humans en els diferents nivells d'atenció sanitària de les CA; diferències que poden generar una diferent intensitat i qualitat dels serveis sanitaris. A continuació descriurem aquests elements.

L'atenció primària

L'atenció primària (AP) suposa avui en dia l'entrada al sistema sanitari, i per tant es tracta d'un pilar fonamental per a totes les CA. Aquesta major centralitat que ha anat adquirint l'AP s'ha donat gràcies al reforç que la reforma de 1984 va comportar en prestacions i capacitat resolutiva, en integrar-se les funcions d'atenció, promoció, prevenció de la salut i rehabilitació en aquest nivell assistencial. El desplegament de l'atenció primària reformada ha estat, però, molt lent: la cobertura de la primària reformada abastava a un 77% de població l'any 1996 i encara només a un 81% l'any 2000 (Gallego, 2003).

Si ens centrem, en primer terme, en els **recursos estructurals** (els centres de salut i els consultoris; entesos aquests últims, com a centres sanitaris que proporcionen atenció no especialitzada més limitada que els centres de salut, i que es troben en zones rurals, locals o perifèriques), veiem com des de 2004 fins a 2007, període pel que disposem de dades més homogènies, els territoris amb una major quantitat de recursos estructurals són Castella i Lleó, Castella-Lla Manxa i Andalusia, seguides d'Aragó i Catalunya, si bé a les tres comunitats amb majors recursos bona part d'ells són consultoris, amb un menor nivell d'atenció per tant. En sentit contrari, destaca a Catalunya i a Galícia l'aposta pels centres de salut.

La distribució del personal sanitari a l'atenció primària per l'any 2007 ens mostra com s'ha produït una millora generalitzada en els darrers 10 anys pel que fa al nombre de places de **medicina de capçalera**, sent Andalusia, Canàries, Catalunya i Galícia les comunitats que més han reduït el nombre de població assignada per metge o metgessa. Tanmateix, en aquest àmbit les distàncies entre les CA segueixen sent força importants: la diferència entre la CA millor dotada (Castella i Lleó) i la més endarrerida (Balears) és de 919 persones assignades per metge o metgessa, diferència molt rellevant tenint en compte que la mitjana de persones per plaça és de 1.439. No obstant, cal destacar també que aquesta distància s'ha anat reduint progressiva-

ment, doncs el 1996 la diferència era de 1.120 persones entre Castella i Lleó –ja aleshores al capdavant– i Canàries.

Taula 8.2

Evolució entre 1996-2007 del nombre d'habitants amb TS per plaça de metge de família i per CA

CA	Any 1996*	Any 2007	Reducció del n° de persones assignades per plaça
Castella i Lleó	1.117	948	-169
Extremadura	1.644	1.218	-426
Aragó	1.353	1.219	-134
Castella-la Manxa	1.489	1.328	-161
Galícia	1.887	1.358	-529
Cantàbria	1.857	1.370	-487
La Rioja	1.497	1.370	-127
Navarra	1.685	1.382	-303
Andalusia	2.138	1.415	-723
Catalunya	2.079	1.433	-646
Astúries	1.835	1.487	-348
Canàries	2.237	1.568	-669
Madrid	1.935	1.571	-364
Com. Valenciana	2.066	1.594	-472
Múrcia	2.082	1.610	-472
País Basc	2.139	1.724	-415
Balears	2.095	1.867	-228
Mitjana	1.831	1.439	-392
Distància entre valor màxim i mínim	1.120	919	-201

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del MSC, excepte (*), dades extretes de González, Urbanos i Ortega (2004).

Quant a les places de **pediatria**, trobem una situació diferent.¹⁶ Tot i que la mitjana mostra una millora (de 1.055 persones per plaça a 997) i també s'han reduït les distàncies entre la CA millor i pitjor dotada, en aquest àmbit no totes les autonomies han vist millorar la seva situació. Així, mentre la majoria de CA redueixen el nombre

16 Les dades disponibles referents a pediatria i infermeria del Ministerio de Sanidad y Consumo són del període 2004-2007.

de persones per plaça de pediatria (algunes de forma molt espectacular, com per exemple La Rioja, -363 persones per plaça, Castella i Lleó, -280, el País Basc, -181, Extremadura, -143, i Cantàbria, -108); 7 comunitats veuen empitjorar aquest indicador: Galícia (124), Madrid (87), Andalusia (64), Catalunya (47), la Comunitat Valenciana (43), Balears (12) i Navarra (7).

Amb les places **d'infermeria** es dona una situació similar: si a grans trets la mitjana i la distància entre CA milloren (es redueixen en 67 i 105 persones respectivament), trobem comportaments diferents entre les comunitats. Algunes d'elles milloren de forma molt notable: el País Basc (-442 persones per infermer/a), Canàries (-220), la Rioja (-160) i Cantàbria (-127), mentre 4 comunitats empitjoren: Balears (109), Extremadura (40), i Madrid i Andalusia (26). Respecte aquest àmbit, és important destacar la magnitud de les diferències entre comunitats: encara que s'hagi reduït, el 2007 la distància es manté en 896 persones per plaça d'infermeria, que constitueix més de la meitat de la mitjana (1.616).

Si considerem conjuntament la dotació de recursos estructurals i humans en l'atenció primària, podem establir grups clars i diferenciats de comunitats. Les dades analitzades de forma evolutiva des del 2004 al 2007 ens permeten assenyalar que comunitats com Extremadura, Navarra, Castella-la Manxa, Aragó i Castella i Lleó se rien les que es mantenen en la franja d'una major dotació de recursos estructurals, mentre que per sota de la mitjana, tindríem a la Comunitat Valenciana, Catalunya, Madrid, el País Basc, Múrcia i Andalusia. La resta de comunitats (Galícia, La Rioja, Cantàbria i Astúries) fluctuen segons els indicadors observats.¹⁷

Si posem en relació el volum de la despesa per persona protegida i la dotació de recursos estructurals i humans en atenció primària agafant com a any de referència el 2005,¹⁸ els gràfics de sota ens permeten veure el posicionament de totes les CA respecte ambdós creuaments.

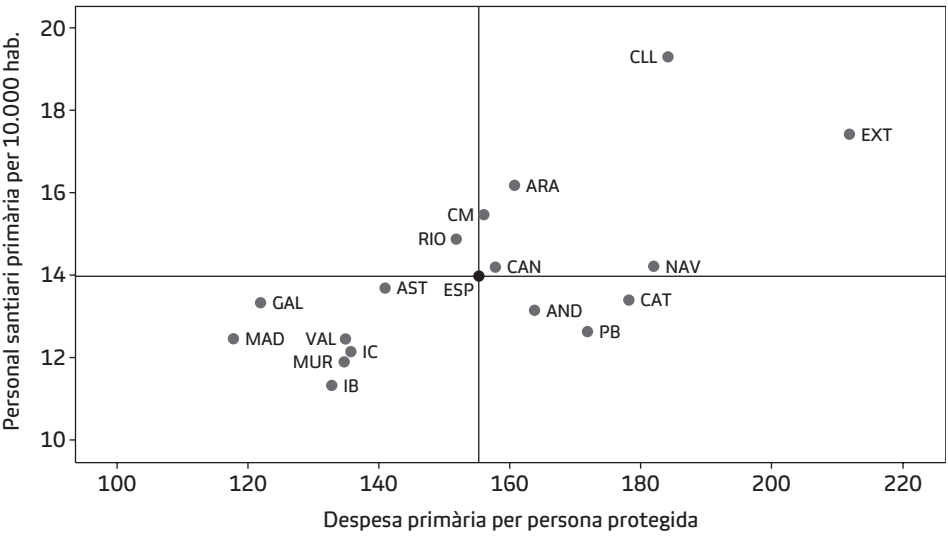
S'observa una clara correlació entre el nivell de despesa que tenen bona part de les comunitats autònomes i el nivell de dotació de recursos humans: mentre trobem comunitats amb dotació de personal sanitari important amb una despesa intensa (com ara Castella i Lleó, Extremadura, Navarra, Aragó i Castella-la Manxa), en l'altre extrem estan els territoris amb una dotació baixa i un nivell de despesa poc intens; com ara Astúries, Madrid, Múrcia, C. Valenciana, Balears i Canàries. En canvi, pel que fa als recursos estructurals (centres de salut) no es detecta una relació clara amb la despesa primària per càpita.

17 Per exemple Galícia i La Rioja tindrien una dotació estructural alta en centres de salut en el cas de Galícia i baixa en consultoris i, a la inversa, en el cas de la Rioja.

18 En el moment de redactar aquest llibre, constitueix l'últim any del qual es disposa de dades per CA sobre la despesa dedicada a l'atenció primària.

Gràfic 8.2

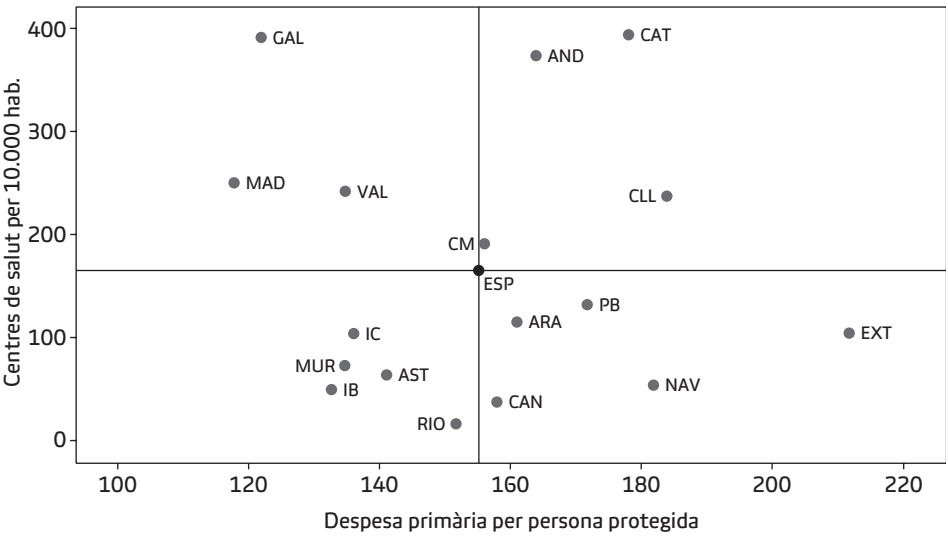
Despesa sanitària dedicada a atenció primària per càpita i personal sanitari de primària per cada 10.000 habitants. 2005



Font: elaboració pròpia.

Gràfic 8.3

Despesa primària per càpita el 2005 i centres de salut per 10.000 habitants amb targeta sanitària. 2005



Font: elaboració pròpia.

Finalment, un dels elements que permet una valoració més ajustada de les possibles desigualtats en la distribució de la cobertura entre les comunitats autònomes és la **cartera de serveis** que s'ofereix en aquest nivell d'atenció. La reforma de l'atenció primària i els seus diferents temps en les autonomies comunitats autònomes, ha estat un factor de desequilibri territorial en termes d'equitat molt rellevant. En aquest sentit, Beatriz González (2004), entre d'altres,¹⁹ afirma que les desigualtats en la cobertura dels serveis de l'AP ja era una realitat abans de la transferència de les competències a les 10 comunitats de l'INSALUD al 2002, especialment en aspectes com la salut maternoinfantil o la bucodental. Per exemple, en salut bucodental infantil, en el 2002 a pesar que totes les comunitats tenien servei bucodental amb pràctiques de prevenció i promoció, només tres (Navarra, País Basc i Andalusia) oferien prestacions públiques en aquest sentit.²⁰

Si mirem la cartera de serveis d'aquell moment podem veure que aquesta es configurava de 38 serveis, dels quals 25 eren obligatoris. Entre el 2002 i 2007, el canvi més destacable és dona en l'ampliació de serveis, doncs entre totes les comunitats es proporcionen el 2007 84 serveis diferenciats, dels quals 27 es proveeixen a totes les CA²¹ i 57 només en algunes.

Les comunitats que més destaquen a l'actualitat, pel que fa a la provisió d'aquells serveis no comuns, són les següents: un primer grup amb Catalunya al capdavant que disposa d'entre 43 i 51 serveis afegits. Entre aquestes comunitats podem destacar Extremadura, que passa d'oferir el 2004 13 serveis addicionals a 45 al 2007,²² Un segon grup estaria compost per aquelles comunitats que ofereixen entre 24 i 33 serveis, i un últim grup compost de dues comunitats autònomes que oscil·len entre els 5 i els 13 serveis, amb Castella-la Manxa a la cua de totes elles. Per tant, des d'aquí podem veure com el nivell de cobertura a través de la cartera de serveis que ofereix cada una de les comunitats comporta un grau de desigualtat encara molt alt entre unes i altres.

19 Veure també Freire (2004).

20 Per una anàlisi més detallada veure SESPAS (2002).

21 Entre aquests; de serveis generals hi entren la consulta del metge, la pediàtrica i d'urgència sigui en el centre o al domicili. En atenció a la dona la preparació al part i educació maternal, visita al primer mes postpart i informació i seguiment de mètodes anticonceptius. En atenció al menor, les revisions per trams d'edats en algunes comunitats i en altres no; però totes inclouen dels 0 als 14 anys, vacunacions dels 0 als 14 anys i salut bucodental. I, finalment, en atenció a adults i persones grans, les vacunes de la grip, tètanus i hepatitis B en grups de risc, atenció a la hipertensió arterial, atenció a l'obesitat, atenció a la hipercolesterolemia/dislipèmia, atenció a pacients amb processos crònics: diabetis, atenció a pacients amb processos crònics: EPOC, cirurgia menor, atenció al consumidor excessiu d'alcohol, prevenció i detecció de problemes en persones grans, activitats preventives de la gent gran i atenció domiciliària a pacients immobilitzats i terminals.

22 Una anàlisi sobre l'oferta que proporcionen les diferents comunitats autònomes el 2004 es pot veure a Navarro i Freixenet (2007).

Taula 8.3

Nombre de serveis que ofereixen les CA en les diferents línies d'atenció. 2007

CA	Atenció general	Atenció a la dona	Atenció al menor	Atenció adults i gent gran	Total de serveis per CA
Catalunya	3	7	9	32	51
Com. Valenciana	3	6	9	32	50
Cantàbria	3	7	8	30	48
Andalusia	2	6	9	30	47
País Basc	3	6	7	30	46
Extremadura	2	7	9	27	45
Aragó	3	7	7	27	44
Astúries	3	7	7	23	43
Galícia	3	7	7	26	43
Castella i Lleó	2	7	6	18	33
Canàries	0	6	7	18	31
Madrid	1	7	3	17	28
Múrcia	1	6	4	16	27
Balears	3	6	6	11	26
Navarra	3	2	3	16	24
La Rioja	0	6	1	6	13
Castella-la Manxa	0	4	1	0	5

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del MSC.²³

Posant en relació els recursos estructurals i humans i l'oferta de serveis i prestacions que van més enllà de les obligatòries, veiem com les comunitats amb menor oferta de prestacions són Castella-la Manxa i la Rioja. A Castella-la Manxa conviu una forta dotació de recursos estructurals amb una molt baixa dotació de prestacions i serveis addicionals, mentre a La Rioja coincideix una mica més la baixa dotació –especialment dels centres de salut– amb la baixa oferta de serveis que es proporciona en aquest nivell d'atenció. De manera afegida, com hem vist més amunt, les comunitats que se situen al capdavant en oferta de serveis són 9, entre les que destaquem a Aragó i Extremadura com a comunitats que mantenen una forta dotació de serveis i de recursos estructurals i humans, seguides d'un segon grup conformat per les 7 comunitats restants.

23 Les dades es poden consultar a la pàgina web: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

L'atenció hospitalària

Pel que fa a les diferències en la dotació hospitalària per comunitats podem destacar desequilibris territorials rellevants, amb un primer grup amb Catalunya, Canàries, Balears, Aragó, Navarra i País Basc, amb més de 2 hospitals per 100.000 habitants l'any 2005; mentre per la cua trobem a Castella-la Manxa, Comunitat Valenciana, Madrid i Andalusia, amb entre 1,4 i 1,2 hospitals per 100.000 habitants, essent Andalusia la comunitat amb pitjor dotació també en tots els anys.

La valoració més adequada dels recursos hospitalaris, no obstant, és la **dotació de llits** per 1.000 habitants. En aquest àmbit veiem com en el període 1996 i 2005 totes les CA tenen un comportament negatiu²⁴ que oscil·la entre la reducció de 0,22 llits per 1.000 habitants d'Astúries, i la reducció de 1,21 llits de Balears. La distància entre la CA amb millor dotació (Catalunya) i la pitjor (Comunitat Valenciana) al llarg de tot el període s'ha mantingut al voltant de 1,8 i 1,9 llits per 1.000 habitants, xifra molt destacable tenint en compte que la dotació de llits al conjunt de l'Estat és de 3,36 llits (per a 2005). Després de Catalunya, trobem a Canàries, Castella i Lleó i Aragó com a CA que es mantenen al capdavant d'aquest indicador entre 1996 i 2005, mentre la Castella-la Manxa, Andalusia i Múrcia destaquen per la cua.

En relació **personal sanitari** en hospitals (per 10.000 habitants), cal destacar com des del 1996 fins al 2005 ha crescut a totes les CA, essent aquest augment especialment important a La Rioja (23,02 persones), Balears (21,71) i Extremadura (21,09), mentre que les que menys creixen són el País Basc, Madrid i Andalusia. La comunitat amb major dotació de personal sanitari el 2005 es Navarra (99,97) i amb menor dotació trobem la Comunitat Valenciana (60,73). Si ho mirem de forma evolutiva (1996-2005) veiem que la distància en la major i la menor dotació de personal sanitari s'ha reduït lleugerament, passant d'un diferencial de 42'32 a 39'24.

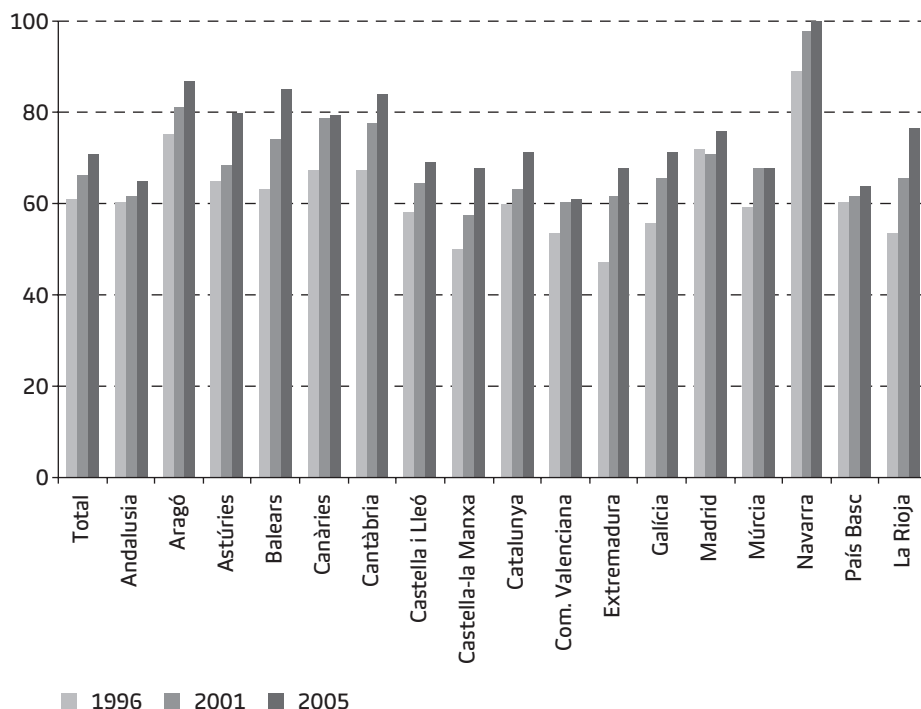
Quant a la dotació del **personal estrictament mèdic** en l'atenció especialitzada, es dona un augment a totes les CA, però aquest increment coexisteix amb un creixement de la distància entre les comunitats millor i pitjor dotades. Si el 1996 la diferència en dotació estava en un 6 metges o metgesses, el 2005 se situa en 8,43, amb Andalusia a la cua i Navarra al capdavant.

Amb una perspectiva històrica, veiem que el 2001, abans d'iniciar-se el procés de transferència de competències a les 10 comunitats restants, pel que fa a la intensitat de la despesa i de la cobertura en el nivell d'atenció hospitalària hi havia dos grups amplis de comunitats: un grup amb una despesa intensa i una cobertura intensa (Balears, Canàries, Aragó, Cantàbria i Navarra) i un grup amb una intensitat baixa tant de despesa com de cobertura (Castella-la Manxa, Comunitat Valenciana, Astúries, Galícia, Extremadura, Madrid, Múrcia i Andalusia). La resta de comunitats se si-

24 Segons dades de l'INE.

Gràfic 8.4

Relació de personal sanitari en hospitals per CA 1996-2005



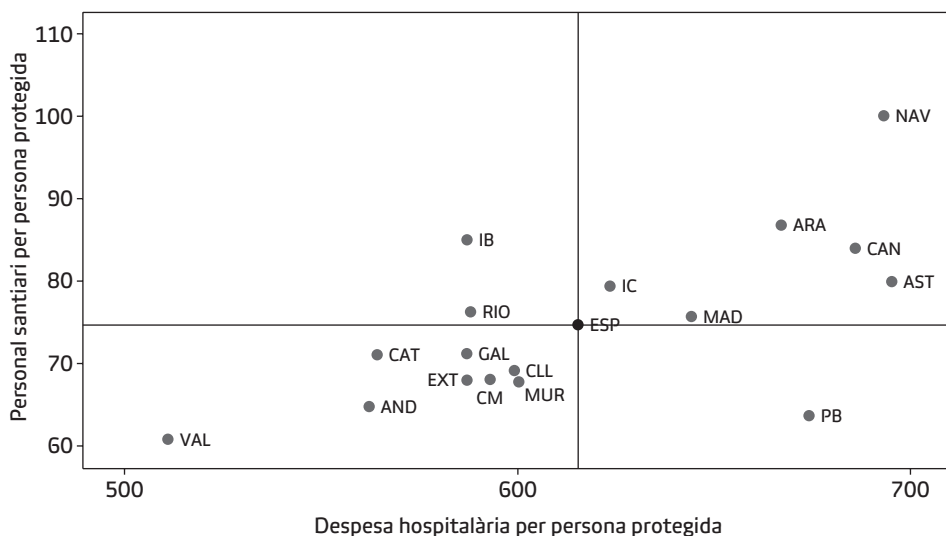
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE.

tuarien en un posició intermèdia. El 2005, però, hi ha canvis per la major part de les comunitats. Entre les comunitats amb les competències transferides l'any 2001, 5 d'elles milloren la seva situació respecte les altres CA, tres (Aragó, Castella i Lleó i Cantàbria) fan el procés invers, i finalment dues es mantenen estables en els anys. Sembla ser, per tant, que els efectes del procés de descentralització per bona part de les comunitats afectades és o bé força positiu o bé no sembla que tingui una incidència rellevant en aquest nivell d'atenció –com seria el cas de Balears.

Així, el 2005, tenint en compte el nombre d'hospitals, de llits i de recursos humans, podem establir tres grups diferenciats: un grup que, tant pel que fa a recursos estructurals com pel que fa a recursos humans, se situa sempre en una franja alta en relació a la resta de comunitats (Navarra, Aragó i Canàries), un segon grup on s'inclouen una gran part de les comunitats que es situaria en una dotació mitjana (Cantàbria, Astúries, Balears, Extremadura, Castella i Lleó, Galícia, Múrcia, Catalunya i País Basc), i finalment un darrer grup amb la dotació més baixa on de nou hi entrarien tres comunitats autònomes (Andalusia, Comunitat Valenciana i Castella-la Manxa).

Gràfic 8.5

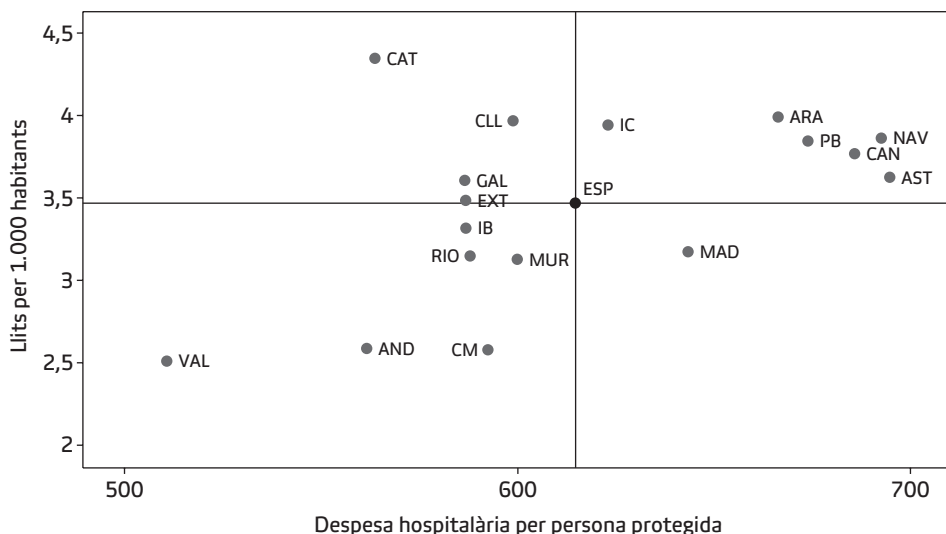
Despesa hospitalària per persona protegida i personal sanitari per 10.000 habitants. 2005



Font: elaboració pròpia.

Gràfic 8.6

Despesa hospitalària per persona protegida i llits per 1.000 habitants. 2005



Font: elaboració pròpia.

En l'atenció hospitalària trobem que les comunitats on la despesa per persona protegida i la dotació de recursos és alta es mantenen força estables tant per l'indicador de llits com pel de personal sanitari (Canàries, Aragó, Navarra, Cantàbria i Astúries), i igualment passa amb les que mantenen una baixa intensitat tant en despesa com en cobertura de llits i en dotació de personal (Comunitat Valenciana, Andalusia i Múrcia).

Per tant, podem concloure que en general es dona una forta relació entre la dedicació de majors recursos per persona protegida i el fet d'aconseguir una millor cobertura per aquesta població. Tanmateix esmentarem que en casos molt puntuals apareix una alta despesa que acompanya una baixa dotació (de personal sanitari en el cas del País Basc i de llits en el cas de Madrid).

Finalment, si mirem conjuntament els dos nivells d'atenció (primària, hospitalària), destacarem els casos de Navarra i Aragó, en la mesura en què per aquest 2005 han aconseguit una intensa cobertura i una intensa despesa en ambdós casos. En sentit contrari, cal assenyalar la Regió de Múrcia i la Comunitat Valenciana, les quals per a tots els nivells d'atenció i en tots els indicadors analitzats apareixen sempre amb una dotació comparativament poc intensa.

8.3. **Conclusions: descentralització i evolució de les diferències entre CA**

En aquest apartat tractarem de descriure les convergències i divergències entre comunitats autònomes en la provisió de la despesa i en la intensitat de la cobertura, per veure si ens permeten detectar grups diferenciats de territoris; així com apuntar fins a quin punt el procés històric de descentralització ha incidit a nivell substantiu en l'evolució de les diferències entre les comunitats.

Com hem vist al llarg dels anys, l'evolució de la despesa pública sanitària ha portat a les comunitats autònomes cap a una certa convergència, si bé persisteixen perfils diferenciats respecte a alguns elements.

La convergència es produeix en relació al percentatge de la despesa pública social destinada a la sanitat, ja que és a partir de 2002, després de completar-se el procés de descentralització, que el grau d'importància de l'atenció sanitària en la distribució de la despesa pública social passa a ser semblant a totes les CA.

Les divergències entre les comunitats es concentren en l'estructura de la despesa: quant i com gasta cada comunitat els recursos que destina a la sanitat pública. Així, tot i que la despesa sanitària ha crescut de forma continuada a totes les CA, trobem

un primer grup d'autonomies (Andalusia, Catalunya, Madrid i Comunitat Valenciana) que presenten les majors despeses sanitàries l'any 2005, i alhora els menors percentatges de despesa per persona protegida. Un altre grup el formen aquelles comunitats (Balears, Castella-la Manxa, Cantàbria i La Rioja) on s'han donat els majors creixements de la despesa sanitària al llarg dels anys analitzats.

Sobre com gasta cada territori els seus recursos financers, recordem que en general la distribució de la despesa pública sanitària mostra un model hospitalocèntric, amb una forta despesa farmacèutica i una atenció primària relegada al tercer lloc a totes les CA, apareixent, però, matisos pel que fa al pes dels tres components.

Per altra banda, donada la tendència a la universalitat del Sistema Nacional de Salut espanyol, els desequilibris territorials i les diferències existents entre territoris se situen en el pla de la cobertura intensiva, tant en l'atenció primària com en l'hospitalària.

En general s'observa una clara correlació entre el nivell de despesa que tenen bona part de les comunitats autònomes i el nivell de dotació de recursos humans, tant en l'atenció especialitzada com en la primària. En canvi la relació no és tan evident pel que fa als recursos estructurals: centres de salut d'atenció primària i llits hospitalaris.

Per reprendre la pregunta que plantejàvem a l'inici del text (és a dir: com han evolucionat les variables clau de la dimensió substantiva de la política sanitària arran del procés de descentralització? S'han reduït les diferències o han augmentat?); a mode de síntesi recuperarem l'evolució de les distàncies entre les CA amb millor i pitjor situació pel que fa als principals indicadors de cobertura i despesa.

Si atenem, doncs, a la distància que hi ha entre les comunitats més i menys dotades des del 1996 fins al 2005, trobem que, pel que fa a la **despesa** el desequilibri entre les comunitats, ha tendit a créixer en tots els indicadors, si bé el comportament intermedi ha estat diferent segons si es mira la despesa en relació a les persones protegides o al PIB.

Quant a la distribució de la despesa per nivell d'atenció, les dades ens indiquen que en els dos nivells d'atenció primària i hospitalària les diferències s'escurcen lleument; però aquesta millora no es produeix en la despesa en salut pública i en farmàcia, on precisament es pot observar l'evolució contrària. Destacarem com, pel que fa a la despesa destinada a l'atenció primària i la salut pública, el 2002 apareix com un moment que pot representar un punt d'inflexió: mostra un apropament en la dotació de les CA, si bé a continuació la tendència apunta a un nou distanciament entre unes i altres.

A l'**atenció primària** es pot observar una reducció de les diferències pel que fa als recursos humans, tot i que la distància segueix sent molt notable. En l'**atenció hospita-**

Taula 8.4

Distància entre els valors màxims i mínims de les CA i valor mitjà per cadascuna de les variables analitzades

	Distància entre valor màxim i mínim			Mitjana		
	1999	2002	2005	1999	2002	2005
Despesa general						
Despesa sanitària per persona protegida (euros)	264	228	311	734,3	904,88	1.149,5
Despesa sanitària respecte el PIB (%)	3,9	4,76	4,5	5,03	5,20	5,58
Despesa per cada nivell d'atenció	1996	2002	2005	1996	2002	2005
Despesa sanitària destinat a serveis hospitalaris i especialitzats (%)	15,70	16,50	15,2	55,3	52,21	54,0
Despesa sanitària pública destinat a l'atenció primària (%)	8,90	5,00	7,6	15,03	13,92	13,4
Despesa sanitària pública destinat a salut pública	3,1	8,1	5,9	1,3	1,8	1,5
Despesa sanitària pública destinat a farmàcia	9,9	10,10	11,4	20,9	22,90	21,7
Cobertura primària	1996	2004	2007	1996	2004	2007
Recursos estructurals (centres de salut per 10.000 habitants)	---	1,05	1,04	---	0,75	0,75
Metges/sses de família (nº habitants amb TS per plaça)	1.120	---	919	1.831	---	1.439
Cobertura hospitalària	1996	2002	2005	1996	2002	2005
Llits per 1.000 habitants	1,9	1,9	1,84	4,02	3,61	3,46
Personal sanitari	42,32	35,84	39,24	69,94	64,82	78,94
Personal mèdic	6,01	7,82	8,43	11,85	14	15,38

Font: elaboració pròpia en base a les dades anteriorment exposades.

lària les diferències en la dotació de personal sanitari disminueixen des del 1996 fins al 2005, encara que el valor més baix se situa en el punt intermedi de l'any 2002. En el cas del personal mèdic en atenció especialitzada, però, les diferències augmenten de forma constant al llarg del període. Tot i així, aquesta evolució s'ha de situar en un context de millora general de la dotació de recursos humans en l'àmbit hospitalari. L'indicador de llits per habitants, per la seva banda, mostra una estabilitat notable pel que fa a les distàncies entre comunitats, si bé, en canvi, al llarg del període la mitjana ha empitjorat.

En conseqüència, podem concloure que encara que es dona una millora generalitzada molt notable dels principals indicadors referents a la política sanitària a totes les

CA i al conjunt de l'Estat espanyol; aquesta millora no s'ha traduït necessàriament en una reducció de les diferències existents entre les comunitats autònomes.

8.4. Bibliografia

Círculo de empresarios, *Un sistema sanitario sostenible*, Ediciones Círculo de Empresarios, 2006. Disponible a: <http://www.circulodeempresarios.org/var/forum/storage/original/application/cdc5d3a3e778439c31437b0db89f000.pdf>.

De la fuente, A., *Los mecanismos de cohesión territorial en España: Un análisis y algunas propuestas*, Estudios sobre la Economía Española, FEDEA, 2005.

Díaz-Regañón, R., "Financiación de la asistencia sanitaria, o cómo hacer efectivo el derecho a la protección de la salud", *Revista Claridad*, número 7, 2006.

Freire, J.M., "La Atención Primaria de la Salud y los Hospitales en el Sistema Nacional de Salud", a Navarro López, V. (coord), *El Estado de Bienestar en España*, Madrid: Tecnos, (2004), p. 239-291.

Fusté, J. (et. al.), *Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?*, Gaceta Sanitaria, 19 (1), 2005, p. 15-21.

Gallego, R., "Las políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas", a Gallego, R.; Goma, R.; Subirats, J. *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas: la descentralización de las políticas sociales en España*, Madrid: Ed. Tecnos, 2003.

González, B., *Descentralización y reformas sanitarias en España*, 2004. Disponible a: http://www.ief.es/investigacion/Recursos/Seminarios/EconomiaPublica/2004_07octubre.pdf.

González, B.; Barber, P., *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*, Documento de trabajo 90/2006, Fundación Alternativas, 2006. Disponible a: <http://www.diariomedico.com/midm/documentosps/desigualdadesterritoriales.pdf>.

González, B.; Urbanos, O., "Oferta pública y privada de servicios sanitarios por CA", *Gaceta Sanitaria*, nº 18 (Supl), 2004, p. 82-89. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000v400014&script=sci_arttext.

Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, *Informe sobre gasto sanitario*, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2007.

Jiménez Palacios, A., "El Sistema Nacional de Salud 20 años después", *Revista Administración Sanitaria* nº 4 (2), 2006. Disponible a: <http://external.doyma.es/pdf/261/261v4n2a13091840pdf001.pdf>.

Martín, J.J.; Jiménez, J. de D.; Montero, R., "Cuantificación y evaluación del nuevo sistema de financiación autonómico general", *Working papers/ Documentos de trabajo: Serie EC*, 2006-8, Instituto Valencia-

- no de Investigaciones Económicas, 2004. Disponible a: <http://www.ivie.es/downloads/docs/04/wpec-08.pdf>.
- Martín García, "Transferencias sanitarias y desigualdades de salud", Revista Salud 2000, nº 98, 2004.
- Martín, J., "Nuevas fórmulas de gestión en el Sistema Nacional de Salud de España; El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios: modelos de gestión", Toledo: Fundación Alternativas, Seminarios y Jornadas 43/2007, 2007. Disponible a: [http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/seminarios-y-jornadas/\(offset\)/4](http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/seminarios-y-jornadas/(offset)/4).
- Moreno Fuentes, F.J., "Retos sociosanitarios para un sistema de salud descentralizado", a AAVV, *Política sanitària i comunitats autònomes*, Seminari, Barcelona 14 de novembre de 2006, Barcelona: IEA, 2007.
- Navarro, V.; Freixanet, M., *Informe 2007, Atenció Sanitària, Observatori Social d'Espanya*, 2007. Disponible a: <http://www.seggroups/public/documents/binario/51940.pdf>.
- Pérez, R., *Desigualdades en salud por clase social y política sanitaria. Las encuestas de salud en Cataluña (1994-2002)*, Tesis doctoral, UAB, 2006. Disponible a: <http://sapsuab.files.wordpress.com/2008/01/tesis.pdf>.
- Rey Biel, P.; Rey del Castillo, J., *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver*, Documento de trabajo 100/2006, Fundación Alternativas, 2006. Disponible a: <http://www.almendron.com/politica/pdf/2006/8822.pdf>.
- Rico, A.; López-Casasnovas, G., "¿Qué podemos aprender de la experiencia previa? Evaluación de las políticas sanitarias en el Estado de las Autonomías (1979-1999)", (2003).
- Sevilla, F., *Universalización de la atención sanitaria; Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*, Madrid: Fundación Alternativas, Documento de trabajo 86/2006, (2006).
- SESPAS, *Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. 2002. Disponible a: http://www.sespas.es/ind_lib06.html.

Fonts legislatives generals

- Butlletí Oficial de l'Estat, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE de 29/05/2003.
- Butlletí Oficial de l'Estat, Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica, BOE de 15/11/2002.
- Butlletí Oficial de l'Estat, *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*, BOE de 20/10/1999, corregido según BOE de 11/11/1999. Disponible a: http://iier.isciii.es/er/pdf/er_ovied.pdf.
- Butlletí Oficial de l'Estat, Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, BOE de 29/4/1986.

9.

LA DIMENSIÓ OPERATIVA DE LES POLÍTIQUES SANITÀRIES AUTONÒMIQUES DES D'UNA PERSPECTIVA COMPARADA

Eva Alfama, Marta Cruells i Gabriela Monteiro

En aquest darrer capítol dedicat a les polítiques sanitàries, ens centrarem en la dimensió operativa, on se solen incloure els aspectes relacionats amb la governança. En concret, abordarem tant les principals pautes d'interacció i els mecanismes de relació entre els diversos actors implicats, com les formes jurídiques d'autoritats sanitàries i dels proveïdors de serveis sanitaris (Gallego, 2003). Ambdues dimensions estan estretament lligades, en tant que les pautes d'interacció depenen en bona part, òbviament, de com estan definides les formes de provisió, organització i gestió dels serveis, i aquestes al seu torn es defineixen segons els patrons de relació que es volen establir.

Veurem com l'àmbit operatiu és clau en la caracterització de diferents models autonòmics de provisió de serveis sanitaris, i és precisament on es dona una major diversitat de models desenvolupats per les comunitats autònomes. El propi procés de descentralització sanitària, de fet, ha impulsat aquesta tendència.

En aquest capítol, començarem amb un breu repàs sobre les tendències internacionals de reforma de l'àmbit operatiu de les polítiques sanitàries. Seguidament, caracteritzarem l'evolució general de l'Estat espanyol i descriurem les característiques de les polítiques sanitàries de les CA al voltant de dos eixos bàsics: el *grau d'integració* dels models sanitaris (integració en un mateix actor de les funcions de finançament i provisió dels serveis), per una banda; i el *pes del sector privat* en els diferents sistemes sanitaris, per l'altra. Finalment, complementarem aquest darrer eix amb una aproximació a les aportacions a la provisió de serveis sanitaris que es realitzen des de l'esfera mercantil, comunitària i familiar en cada territori.

9.1. La nova gestió pública en l'àmbit sanitari

A finals dels anys 70 i durant els 80, apareix amb força a molts països del món un debat al voltant de la necessitat de reforma dels sistemes sanitaris, fruit d'un moment de crisi fiscal, de competitivitat i de legitimitat de l'Estat del benestar. Apareixen importants tensions pressupostàries en les finances públiques en un context d'expectatives creixents de la ciutadania i de rebuig a l'augment de la pressió fiscal, i es visibilitza cada cop més la ineficiència de les formes tradicionals de la gestió i producció pública, a causa de la manca d'incentius organitzatius i individuals, i a les dificultats del sistema burocràtic jerarquitzat per a gestionar uns serveis públics creixentment complexos i diversificats. Així doncs, s'inicia un procés profund de canvi i reestructuració dels serveis públics que es concreta en el discurs i les propostes de la Nova Gestió Pública (NGP) (Martín, 2003).

En l'àmbit de la sanitat aquest desplaçament conceptual ve reforçat pel paper central que té la despesa sanitària en el conjunt de la despesa pública i per un augment molt significatiu de les llistes d'espera. Paral·lelament, augmenta el pes de potents grups d'interès del sector privat que pretenen capturar les parcel·les més lucratives

de la provisió de serveis sanitaris (Cabiedes, 2003). Així doncs, des dels anys 80 però especialment als 90, a nivell internacional es van començar a aplicar fórmules de Nova Gestió Pública en diferents serveis públics, avalades per organismes internacionals com l'Organització Mundial de Comerç, el Fons Monetari Internacional o el Banc Mundial, i per influents grups financers i empreses multinacionals del sector sanitari (Martín-García i Sánchez-Bayle, 2004).

Bona part de les propostes de NGP es basen en la introducció de mecanismes o instruments de gestió utilitzats pel sector privat per tal de fomentar la competència i augmentar l'eficàcia i l'agilitat dels serveis. Es pretén impulsar canvis estructurals i organitzatius per fomentar que les decisions d'assignació de recursos cada vegada responguin menys al funcionament d'una burocràcia jerarquitzada i es traslladin cap als agents que tenen un major potencial per a millorar l'eficiència.

Seguint a Martín (2003), es poden identificar tres grans estratègies de reforma de la gestió pública en els serveis sanitaris europeus:

1) La *privatització* total o parcial; és a dir, ja sigui amb la creació de mercats d'asseguradores privades amb ànim de lucre, o mantenint el finançament públic però descentralitzant la funció de compra en asseguradores privades lucratives. Les principals crítiques apunten a que planteja importants problemes d'eficiència, costos i equitat. En el cas espanyol, de fet en principi seria una opció contrària al seu ordenament jurídic, a banda que tindria un alt cost polític. Per tant, és una opció que explícitament no s'ha desenvolupat a casa nostra (Martín, 2003).

2) La introducció de *mecanismes de quasimercats*. Són una ampla gamma de mecanismes que pretenen emular el funcionament del mercat i transformar les grans burocràcies públiques de producció i distribució de serveis en entitats de funcionament més àgil i descentralitzat introduint la competència entre els proveïdors de serveis sanitaris.

L'emulació dels mecanismes del mercat es pot donar tant al si del sector públic (exclusivament amb productors públics) com recorrent a contractar serveis amb empreses o entitats privades, que és el més usual. Laura Cabiedes (2003), per exemple, destaquen 6 grans tipus de fórmules orientades a estimular la competència en la provisió de béns públics: contractació externa en el sector privat, contractació entre departaments públics, concessions administratives, vals, bons o xecs servei, mercats mixtos i competència pública.

En totes aquestes fórmules la regulació i el finançament del servei constitueixen funcions reservades al sector públic, i opten per l'estratègia de separar la funció de demanda (la compra de serveis públics) de la de l'oferta i producció dels serveis. Així, els compradors, que poden ser departaments públics, agències o usuaris/es, s'han d'ocupar d'adquirir serveis al menor cost i a la major qualitat possible per maximitzar el valor dels recursos assignats. La variabilitat es centra en les combinacions entre les dues dimensions: qui realitza la funció de compra (sector públic, usuari o agència

escollida per l'usuari), i qui produeix (productors públics o privats). Paral·lelament, s'articulen fórmules contractuals entre els productors de serveis, que poden ser públics o privats, de manera que competeixin entre si, i que els seus ingressos depenguin de la seva capacitat d'aconseguir contractes i captar usuaris/es. D'aquesta manera s'avança cap a la pressupostació prospectiva o per resultats enlloc del finançament per pressupostos o costos històrics (Cabiedes, 2003). L'objectiu és trençar la pauta que caracteritza als departaments públics de donar per fet que els recursos dels que disposen estan garantits independentment de les actuacions que duen a terme. Requereix, per tant, que els proveïdors de serveis tinguin una major responsabilitat i en conseqüència major autonomia en la gestió.

3) Finalment, destaquem el *gerencialisme*, que es concreta en la importació de tècniques de gestió empresarial a l'àmbit sanitari per part dels actors públics. Alguns exemples serien la valoració de llocs de treball, el màrketing, la introducció de mesures explícites sobre costos, objectius, resultats i impactes, l'èmfasi en els productes i no en els processos, l'impuls de l'avaluació *ex post*, el foment d'una cultura de servei, la introducció d'una atribució clara de responsabilitats, etcètera. En general es tendeix a col·locar al centre del sistema al personal d'administració i gestió en detriment dels professionals clínics i els i les usuàries.

Amb freqüència es relaciona la NGP amb tendències privatitzadores, tot i que diversos autors (Cabiedes, 2003, Martín, 2003, entre d'altres) destaquen que no ha de ser necessàriament així; dependrà de la forma específica en que es concretin els canvis i dels equilibris que es creïn per a evitar que el sector públic es converteixi en un hostatge del privat. De fet, sota el paraigua de la NGP es troben experiències desenvolupades per governs de diferents tendències ideològiques i amb unes implicacions polítiques molt diverses.¹ Innegablement, però, es considera que algunes de les propostes de la NGP poden constituir un pas intermedi en un procés de privatització.

En aquest sentit, Menéndez (2008) introdueix una major concreció diferenciant entre tres tipus de privatització, tenint en compte que la transferència de l'àmbit públic al privat que denota la privatització no només abraça la propietat pública sinó també l'activitat pública. Per tant, caldria diferenciar entre la *privatització material*, que atribueix al sector privat tasques o funcions que eren competència o responsabilitat estatal; la *privatització funcional*, on empreses o ens privats gestionen (indirectament) tasques o funcions públiques mitjançant contractes administratius; i finalment la *privatització formal*, en la qual s'exerceixen tasques o funcions públiques en règim de dret privat a través d'organismes i entitats públiques com ara entitats públiques empresarials, societats mercantils públiques, fundacions públiques, etcètera.

1 En un inici en general van ser iniciades per governs de tall neoliberal, però posteriorment diversos governs socialdemòcrates han mantingut aquestes reformes després d'arribar al poder. El Regne Unit i Suècia van ser els països pioners a nivell de UE, tot i que és el primer cas el que va tenir una major influència (Cabiedes, 2003).

En la política sanitària de l'Estat espanyol no s'ha arribat a la privatització material; però, en canvi, sí que s'han desenvolupat nombroses fórmules al voltant de les dues últimes opcions, com veurem als següents apartats.

De fet, les principals controvèrsies a casa nostra s'han centrat per una banda, en el debat sobre l'efectivitat real de les fórmules de privatització formal o funcional de cara a millorar l'eficiència i la qualitat; i, per l'altra, en la discussió sobre el risc que aquestes poden tenir per a l'equitat i la igualtat d'accés. Respecte a algunes de les fórmules desenvolupades, les crítiques es centren en la possibilitat de que la privatització formal o funcional només sigui un pas intermedi en processos de privatització material de l'assistència sanitària. Aquest seria el cas, en especial, de la concessió administrativa), ja que altres modalitats de gestió indirecta, com el concert sanitari, tradicionalment han despertat molt menys recels (Menéndez, 2008).

9.2. Les opcions operatives de les polítiques sanitàries autonòmiques

El model històric del sistema sanitari de la Seguretat Social de l'Estat espanyol era típicament burocràtic, i es caracteritzava per una gran integració del finançament i la provisió dels serveis, per la vinculació dels serveis amb la cotització laboral, així com pel caràcter públic, centralitzat i jerarquitzat de totes les organitzacions sanitàries.

Amb la Constitució espanyola i la Llei General de Sanitat de LGS 1986 es va produir un important impuls de les polítiques sanitàries, desenvolupant un model de Sistema Nacional de Salut tipus Beveridge. Es va passar, doncs, a un sistema universal finançat via impostos que pretenia cobrir els importants dèficits de qualitat i accessibilitat que s'arrossegaven pel que fa a l'atenció a la salut. Tanmateix, no es va modificar significativament la regulació a la qual estaven sotmesos els centres públics: a nivell operatiu, doncs, es va seguir optant per un model de sistema sanitari integrat de provisió directa, tant en l'àmbit de l'INSALUD com a la major part de les comunitats amb les competències transferides (Gallego, 2003; Freire, 2004). La forma jurídica escollida per les organitzacions sanitàries va ser la d'Organismes Autònoms de Caràcter Administratiu² (OAA) i Ens Gestor de la Seguretat Social (INSALUD) (Martín, 2003).

-
- 2 Seguint a Martín (2003): les OAA són "entidades de derecho público creadas por Ley, que tienen personalidad jurídica y patrimonio propio, que actúan en régimen de descentralización administrativa y que tienen como función la organización y administración de un servicio público, de los fondos que tienen adscritos y de actividades y bienes. Esto implica esencialmente regularlas de forma similar al resto de la Administración Pública, sometiénolas a un corsé de tipo administrativo de vocación garantista que prioriza la legalidad frente a la eficiencia. Este sometimiento alcanza a las principales materias de contenido económico, régimen presupuestario, de personal, retributivo, de contratación, contabilidad, control previo de legalidad y tesorería".

En aquesta etapa, però, ja algunes de les CA amb les competències de sanitat transferides –fonamentalment Catalunya i el País Basc, en àmbits diferents– van iniciar processos de reforma dels instruments d’organització i gestió i de les pautes d’interacció, reformes que es van aprofundir a la dècada dels noranta. Així, es va començar a experimentar (amb Catalunya com a pionera, arran de la *Llei 15/1990, de 9 de juliol, d’ordenació sanitària de Catalunya*) amb fórmules alternatives de provisió indirecta o bé amb canvis en la personalitat jurídica de les entitats proveïdores i compradores de serveis sanitaris públics, en la línia del que es coneix com a “fugida del dret públic” en cerca d’una major eficiència i agilitat en la gestió. Paral·lelament la culminació del procés de transferències a la totalitat de CA el 2001 també va portar a que la major part dels Serveis Regionals de Salut es constituïssin en OAA, copiant molts dels elements del model INSALUD previ (Martín, 2003).

A l’Estat espanyol, el marc conceptual de la Nova Gestió Pública es va traduir, en primer lloc, en l’Informe Abril de 1991,³ on es recollien propostes de reforma com ara la separació entre finançament i compra, la conversió dels centres sanitaris en empreses públiques regides pel dret privat i l’augment del pes de la medicina privada. Aquest informe va crear un gran debat i oposició social i professional, i es va deixar de banda, si bé va marcar un referent ideològic clau i va orientar les posteriors iniciatives de reforma favorables a un model sanitari mixt. Així, poc a poc i calladament, al llarg del temps s’han anat implementant moltes de les seves propostes. Per tant, només 5 anys després de l’aplicació de la Llei General de Sanitat ja es va començar a desenvolupar una nova orientació en la política sanitària. El triomf del Partit Popular l’any 1995 va accentuar la tendència cap a la introducció de mercats interns i de models mixtos a la sanitat, que es va traduir en la paralització del desenvolupament d’una part important de la LGS, l’aprovació de l’Acord Parlamentari per la Reforma i Modernització del SNS de desembre de 1997 o les mesures dirigides a transformar els centres sanitaris públics en fundacions o altres formes de gestió empresarial. (Martín-García i Sánchez-Bayle, 2004; Ponte, 2005).

El discurs de la NGP ha dominat les estratègies de canvi del SNS espanyol, primer en el marc de l’INSALUD (especialment arran del desenvolupament dels Plans Estratègics en els seus centres) i després en els diversos Serveis Regionals de Salut (SRS) (Baquero i San José, 2008, Freire, 2004). S’ha concretat, entre d’altres, en la generalització de contractes-programa o contractes de gestió, el desenvolupament de sistemes d’informació sobre l’activitat i els costos, l’elaboració de plans estratègics a l’àmbit corporatiu i de centre sanitari, i el desenvolupament de la gestió clínica.

-
- 3 L’Informe Abril es va elaborar en el marc d’una comissió parlamentària creada per analitzar els problemes organitzatius i de contenció de la despesa de la sanitat espanyola amb el recolzament de tots els grups parlamentaris. Seguint a Ponte (2005), les propostes que conté són: “Financiación pública básica y financiación privada complementaria para los que escogieran este tipo de cobertura; separación de financiación y compra; gestión privada de los servicios sanitarios públicos; mayor contratación con la medicina privada (particularmente la alta tecnología); extensión del copago de las recetas (que ya existía para los trabajadores en activo) a los jubilados”.

Pel que fa al govern dels centres sanitaris –especialment els hospitals–, s’ha impulsat amb força la figura del gerent per tal de racionalitzar l’organització i el funcionament. Tanmateix, alguns autors (Freire, 2004) apunten que el model escollit –la gerència unipersonal, sense l’acompanyament d’òrgans col·legiats de govern i amb una orientació més gestora que clínica–, ha produït molta conflictivitat i una falta de visió estratègica, donat que el gerent acaba sent una figura polititzada massa dependent dels decisors polítics, i amb poca legitimitat entre el personal clínic. Alhora, altres autors assenyalen que s’ha generat també una nova organització de treball en la sanitat, més basada en els costos que en les necessitats de salut (Baquero i San José, 2008).

Després d’aquest breu recorregut general per les principals tendències de reforma de l’Estat espanyol, entrarem a continuació a caracteritzar les opcions preses per les diferents CA pel que fa tant a la personificació jurídica dels agents sanitaris com als mecanismes de relació establerts.

9.2.1. La personalitat jurídica

El canvi en les formes jurídicooorganitzatives ha estat una de les principals línies principals de reforma de les polítiques sanitàries a l’Estat espanyol. De fet, se sol considerar que en els darrers anys s’ha donat a la major part de les comunitats autònomes una veritable eclosió d’iniciatives de reforma de les burocràcies públiques tradicionals.

Les autoritats sanitàries

A les comunitats autònomes els Serveis de Salut s’han configurat principalment amb les formes jurídiques d’Organisme Autònom o d’Ens Públic/ Entitat Pública. La primera està sotmesa integralment al Dret públic, mentre que l’Entitat Pública actua amb el predomini del Dret Privat.

Els Organismes Autònoms de caràcter administratiu tenen personalitat jurídica i patrimoni propi i actuen en règim de descentralització administrativa. Són 10 les comunitats autònomes que han optat per aquesta forma jurídica, heretada pel model organitzatiu de l’INSALUD (Martín, 2003). Set comunitats, en canvi, han optat per la forma d’Ens Públic, tot i que amb diferents denominacions.⁴ Estructura d’organitzacions amb personalitat jurídica pública, però que actuen en la gestió dels seus recursos conforme a l’ordenament jurídic privat (Martín, 2003). És una estratègia organitzacional per tant que pretén evitar els aspectes més enutjosos del Dret Públic i facilitar una gestió més flexible i desconcentrada, especialment en matèria de contractació,

4 Ens Públic de caràcter institucional (Catalunya i Castella i Lleó); Ens Públic de caràcter autònom (Illes Balears); Entitat Pública (Astúries); Ens de Dret públic (Madrid i Múrcia); i Ens públic de Dret privat (País Basc).

personal i patrimoni, així com actuar sota un règim pressupostari menys exigent⁵ (Martín, 2003).

Taula 9.1

Configuració dels serveis de salut a les comunitats autònomes. 2008

	Ens públics	Organisme autònom de caràcter administratiu	Forma sense personalitat diferenciada
Definició	Organització amb personalitat jurídica pública, però que actua en la gestió dels seus recursos conforme a l'ordenament jurídic privat, creada per a la prestació d'un servei públic o per a l'exercici de funcions d'autoritat.	Entitats de Dret Públic creades per Llei, amb personalitat jurídica i patrimoni propi ⁶ , que actuen en règim de descentralització administrativa i que tenen com a funció l'organització i administració d'un servei públic, dels fons que tenen adscrits i d'activitats i béns.	Entitat territorial prestadora de serveis públics sense personalitat jurídica diferenciada.
Règim jurídic	Dret públic i privat.	Dret Públic.	Dret Públic.
Òrgan rector	Segons la llei específica de creació.	Segons la llei específica de creació.	Titular nomenat per l'òrgan superior.
Règim de personal	Dret laboral (Funcionari o Estatutari, si ho estableix la llei de creació).	Funcionari o Estatutari (laboral si ho estableix la llei de creació).	Funcionari o Estatutari (si ho estableixen les relacions de llocs de treball o les plantilles).
Exemples	Serveis de Salut del Principat d'Astúries. Servei Català de Salut. Servei de Salut de les Illes Balears. Servei Madrileny de Salut. Servei Murcià de Salut. Servei Basc de Salut (Osakidetza). Gerència Regional de Salut de Castella i Lleó.	Servei Andalus de Salut. Servei Aragonès de Salut. Servei Cantàbre de Salut. Servei de Salut de Castella-la Manxa. Servei Extremeny de Salut. Servei Gallec de Salut. Servei Canari de Salut. Servei de Salut de La Rioja. Servei Navarrès de Salut. Agència Valenciana de Salut. ⁷	Servei Valencià de Salut (1993 i 2003).

Font: En base a Martín, 2003.

- Domínguez Martín (2006), però, crida l'atenció que malgrat que els Ens Públics parteixen de la submissió al Dret privat, hi ha tota una sèrie de qüestions que resten sotmeses al Dret públic. D'aquesta forma, per a l'autora es posa en qüestió la clara pretensió d'aquesta opció organitzativa de "fugir cap al Dret privat".
- Fins i tot, en alguns casos (els Serveis de Salut d'Extremadura i La Rioja), compten amb tresoreria pròpia (Domínguez Martín, 2006).
- En el cas de la Comunitat Valenciana, al llarg dels anys, s'ha optat per diferents formats. Durant el període de 1987 i 1992, el Servei Valencià de Salut estava configurat com Organisme Autònom de caràcter administratiu. De 1993 fins a 2002, s'optà per no personificar el servei, sent l'única Comunitat a assumir la forma d'organisme indiferenciat de l'Administració amb el rang de Direcció General. A partir de 2003, la Comunitat Valenciana assumeix la denominació "Agència Valenciana de Salut",

Els proveïdors de serveis sanitaris

És en les fórmules jurídiques dels proveïdors sanitaris on es troben majors diferències entre CA, especialment en l'àmbit de l'atenció especialitzada (Gallo de Puellas, 2007, entre d'altres).

Inicialment la *Llei General de Sanitat* de 1986 no explicitava quina havia de ser la titularitat dels centres sanitaris, tot i que donava a entendre que les prestacions sanitàries són objecte de gestió directa i que, en tot cas, la col·laboració amb els centres privats s'instrumentaria mitjançant convenis de vinculació i concerts, seguint el model de relacions i titularitat que ja existia a l'època. Posteriorment, però, s'han anat succeint les iniciatives legislatives dirigides a introduir canvis en els proveïdors, que descriurem breument seguint a Menéndez (2008).

La *Llei 30/1994, de 24 de novembre, de Fundacions i d'incentius fiscals a la participació privada en activitats d'interès general*, tot i que no estava dirigida exclusivament a l'àmbit sanitari va tenir-hi un important impacte indirecte. Va impulsar la configuració de les fundacions privades d'iniciativa pública, purament privades però en mans públiques, com a forma d'organització de centres sanitaris públics. La seva màxima expressió va ser l'experiència de l'Hospital Comarcal de Verín a Galícia, seguida immediatament en l'àmbit INSALUD per les fundacions hospitalàries d'Alcorcón (Madrid), Manacor (Balears), Arriondas i Jarrio (Astúries), Calahorra (La Rioja), així com a altres tres nous hospitals comarcals de Galícia (Virxen da Xunqueira, Barbanza i Salnés) (Martín-García i Sánchez-Bayle, 2004).

L'obertura cap a altres formes de gestió es va consolidar amb el *Reial Decret-Llei 10/1996, de 17 de juny, sobre l'Habilitació de Noves Formes de Gestió de l'Insalud*; i la *Llei 15/1997, de 25 d'abril, d'Habilitació de Noves Formes de Gestió del Sistema Nacional de Salut*, amb què es va donar cobertura legal als canvis en la personalitat jurídica i a les innovacions organitzatives en les formes de gestió directa i indirecta mitjançant acords, convenis o contractes amb entitats públiques o privades. De fet, aquestes lleis no exclouien cap forma jurídica concreta per la gestió de centres sanitaris sempre que mantinguessin el caràcter de servei públic de l'assistència.

La *Llei 50/1998, de 30 de desembre, de mesures fiscals, administratives i de l'ordre social* va modificar la regulació de la fundació per a la gestió de l'assistència sanitària, per tal de reconduir al dret públic les fundacions creades a l'empara de la Llei de 1994, que havien rebut moltes crítiques. Aquestes fundacions doncs, es constitueixen com a organismes públics i venen a assimilar-se a les entitats públiques i empresarials.

Abans de la culminació de la descentralització l'any 2001, el Pla Estratègic de l'INSALUD (1998) va promoure un procés individualitzat de personificació jurídica dels seus centres sanitaris, on cada hospital havia d'elaborar el seu propi pla estratègic i ser homologat i acreditat per convertir-se en Fundació Pública Sanitària o Consorci.

A partir de la *Llei d'Acompanyament dels pressupostos de 1999*,⁸ el Ministeri va anunciar la seva intenció de transformar tots els centres sanitaris en fundacions sanitàries públiques; voluntat que va generar una intensa oposició (Martín-García i Sánchez-Bayle, 2004). Es va aprovar el *Reial Decret 29/2000, de 14 de gener, sobre noves formes de gestió de l'Insalud*, que desenvolupava les lleis de 1997 i 1998 i, en concret, les fundacions privades d'iniciativa pública i les fundacions públiques sanitàries. En aquest Reial Decret s'estableix que en l'àmbit de l'INSALUD la gestió dels serveis sanitaris només es podrà realitzar mitjançant algun dels mecanismes de gestió directa: consorcis, societats estatals i fundacions públiques sanitàries.

Deixant de banda la normativa estatal, la legislació autonòmica ha previst la personificació jurídica dels establiments sanitaris o dels seus organismes gestors mitjançant fórmules més diverses i també vinculades a les NGP, com els Ens de Dret públic (particularment a Andalusia i Illes Balears), les Fundacions Públiques Sanitàries (a Galícia), les Fundacions Privades (a moltes de les CA, per a l'assistència especialitzada⁹), les Societats Mercantils (especialment a Catalunya) i els Consorcis (sobretot a Catalunya i a Castella i Lleó). Totes aquestes figures constitueixen fórmules de gestió directa de serveis, en les quals és l'administració pública la que produeix els serveis mitjançant una persona jurídica interposada (Martín, 2003).

D'altra banda, hi ha també altres experiències innovadores basades en la gestió indirecta, on la producció del servei la realitza el sector privat (lucratiu o no), vinculat amb l'Administració Pública mitjançant algun dels tipus de contractació externa. Com exemples de gestió indirecta destacarem:

- Els centres sanitaris privats que formen part de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya, que es vinculen amb les autoritats sanitàries mitjançant un concert.
- Les Entitats de Base Associativa en l'àmbit de l'atenció primària, model inspirat en l'experiència anglesa i només desenvolupat de forma pilot a Catalunya.¹⁰ Es tracta de la contractació dels serveis d'atenció primària a entitats constituïdes per professionals sanitaris que participen en la gestió dels serveis sanitaris i socio-sanitaris a través d'un concurs públic i prèvia acreditació de la Generalitat. Es desenvolupa amb les fórmules jurídiques de SA i SL (societat de responsabilitat limitada) i Societat Laboral o Cooperativa, en les quals almenys el 51% del capital és en mans dels i les professionals.

8 Article 111, Llei 59/98.

9 Aragó, Astúries, Catalunya, Galícia, Balears, La Rioja, Madrid i Múrcia. (Domínguez, 2006).

10 Segons Sánchez-Bayle (2008) hi ha 7 experiències en funcionament, a partir de la pionera (Vic, iniciada l'any 1993).

- La gestió per part d'Unions Temporal d'Empreses via concessió administrativa, experiència desenvolupada a la Comunitat Valenciana i a Madrid, i que abordarem amb major detall al següent apartat.

Taula 9.2

Formes de gestió dels serveis sanitaris

Gestió directa El servei es duu a terme des de les pròpies estructures de l'administració	Servei de la pròpia entitat, inclòs a les seves estructures ordinàries.	
	Organisme públic	Organisme autònom, sotmès totalment al dret públic.
		Entitat pública empresarial, que en termes generals actua en dret privat. Les fundacions públiques sanitàries s'assimilarien a aquesta tipologia.
		Agència estatal. Opció creada recentment (Llei 28/2006, de 18 de juliol). Es pretén que la resta d'organismes públics s'hi vagin reconduint.
	Societat mercantil de capital públic.	
	Fundació promoguda per entitats públiques.	
Gestió indirecta La prestació del servei s'encarrega a un empresari privat mitjançant un contracte	Consorti que inclou administracions de diferent nivell i sovint també entitats sense ànim de lucre.	
	Cooperativa.	
	Societat laboral.	
	Societat mercantil de titularitat majoritàriament privada.	
	Fundació privada.	

Font: En base a Menéndez 2008, i Martín 2003.

Tanmateix, recordem com en la majoria dels casos, els serveis autonòmics de salut retenen la funció de proveïdors de serveis sanitaris. Així doncs, sovint les noves fórmules de gestió s'han aplicat a l'atenció especialitzada, amb la notable excepció de les entitats de base associatives de Catalunya, i la concessió administrativa de l'atenció primària de l'àrea d'Alzira de la Comunitat Valenciana.

Per comunitats autònomes, doncs, Catalunya apareix com a pionera en la diversificació de les formes de provisió i gestió dels serveis, gràcies a que tenia un model sanitari amb una presència molt més important de centres dependents de administracions locals, mutualitats, entitats benèfiques o empreses. Actualment, és la Comunitat que reuneix la major diversitat de fórmules de provisió, tant directes (com l'Institut Català de Salut, que és el major proveïdor públic) o a través d'una pluralitat de centres concertats, amb la forma d'ens públic, consorci, fundació, societat anònima i cooperativa (la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, XHUP); si bé el consorci és la figura considerada com a més característica del sistema sanitari català.

Per la seva banda, Galícia és una altra de les comunitats més interessades en les noves formes de gestió pública, essent la Fundació Pública Sanitària –de titularitat i

naturalesa pública— la forma jurídica predominant¹¹ (Domínguez, 2006). Moltes de les CA han desenvolupat també aquesta fórmula, però en molts casos no com a tipologia de gestió dels serveis sanitaris sinó més aviat per a funcions accessòries (docència, investigació i foment).

Les comunitats que aposten per les opcions organitzatives de naturalesa o titularitat d'ens públic són, principalment: Andalusia, Astúries i País Basc, essent Andalusia on més s'ha apostat per la construcció d'hospitals o serveis amb forma d'empresa pública. Finalment, d'acord amb Domínguez (2006), Navarra i La Rioja tenen una de les regulacions més escasses en l'àmbit de les prestacions de serveis sanitaris de competència autonòmica. Al costat d'aquestes dues comunitats també trobem Extremadura, que no presenta experiències de proveïdors amb personificació jurídica, sinó que s'opta per models de gestió més tradicionals.

En general se sol considerar que l'objectiu de tots aquests canvis en la personificació jurídica dels proveïdors és millorar l'eficiència organitzativa sense, teòricament, afectar als nivells d'equitat i accessibilitat (Martín, 2003). Tanmateix, altres autors (Sánchez-Bayle, 2008, Baquero i San José, 2008, Ponte, 2005) interpreten que clarament es tracta d'una estratègia d'introducció progressiva del sector privat en la sanitat pública de forma indirecta (gràcies a l'alt consens social existent al voltant de la defensa de la sanitat pública); i així reorientar el sistema cap a la participació del sector privat en els beneficis potencials que es poden treure de les parts més lucratives de l'àmbit sanitari, i alhora eludir els controls de l'Estat.

Més enllà d'aquesta valoració de caràcter polític, s'assenyala que aquesta fugida del dret públic més que una major agilitat en la gestió el que genera és més irregularitats en tots els àmbits (contractual, laboral, econòmic, clínic...). En aquest sentit, diversos autors,¹² alguns d'ells en base a recerques empíriques,¹³ qüestionen els mateixos pressupòsits que impulsen els canvis: que la introducció d'actors o mecanismes del sector privat per una banda no afecta a l'equitat i per l'altra banda que a la pràctica es generen millores en l'eficàcia i la qualitat. Martín (2003), per exemple, apunta a que no hi ha suficients estudis empírics que ho demostrin, ja que no hi ha hagut una avaluació independent i sistemàtica dels diversos models de gestió. De fet, algunes d'aquestes Noves Formes de Gestió han presentat problemes importants de transparència i d'accessibilitat a la informació, denunciats per diversos Tribunals de Comptes (Baquero i San José, 2008).

11 S'han creat 9 Fundacions (Domínguez, 2006).

12 Baquero i San José, 2008, Freire, 2004, Sánchez-Bayle, 2008, Sánchez-Bayle i Martín-Garcia, 2004, Ponte 2005.

13 Veure Sánchez-Bayle i Martín-Garcia (2004), per exemple, pel cas de les Fundacions Sanitàries de Galícia i la comparació de la seva activitat amb la dels hospitals del model tradicional.

9.2.2. Els mecanismes de relació

En aquest apartat destacarem els tres principals mecanismes de relació entre les autoritats sanitàries i els proveïdors de serveis detectats: la relació integrada dels proveïdors de serveis en els organismes sanitaris públics; les relacions de tipus contractual entre les autoritats sanitàries i les entitats proveïdores, i finalment, les experiències d'arrendament o concessió administrativa.

Taula 9.3

Principals mecanismes de relació entre autoritats sanitàries i proveïdors de serveis sanitaris

Mecanisme	Àrees on se sol aplicar a l'Estat espanyol.
Integració	Integració jeràrquica d'autoritats i proveïdors, els quals funcionen per assignació pressupostària. Atenció primària a la majoria de CA (amb l'excepció de Catalunya –concerts–, i de determinades àrees de la C. Valenciana –concessió administrativa–). Atenció especialitzada en els hospitals del model tradicional.
Contractes programa, convenis de gestió, concerts o contractació externa amb el sector privat	Establiment de pactes relatius a activitat o objectius tant amb entitats públiques com privades. En el marc dels proveïdors públics: a les CA amb una clara separació entre producció i compra de serveis, s'aplica a les persones jurídiques característiques NGP: Fundacions, empreses públiques, consorcis, etc. L'externalització i subcontractació a proveïdors privats de serveis no sanitaris s'ha estès tant als hospitals de gestió directa tradicional i de NGP, com als de gestió indirecta. Poden abastar fins a un terç de les plantilles dels hospitals. (Baquero i San José, 2008). Els serveis implicats són: neteja, bugaderia, cuina, manteniment, telefonia, històries clíniques, seguretat, proves diagnòstiques, etcètera. A nivell dels serveis sanitaris, la concertació se sol donar amb el sector privat benèfic i el sector no benèfic, i en general es produeix en l'àmbit hospitalitari.
Associació públic-privat de diferents tipus Concessions administratives	Normalment són iniciatives de finançament privat de la inversió (PFI, en anglès), originades al Regne Unit a inicis dels anys 90. Les empreses privades poden licitar i accedir a la construcció i explotació temporal dels centres sanitaris, amb un compromís d'uns anys prorrogable, pagant al govern un cànon o lloguer per al seu ús. Opció inicialment desenvolupada per la C. Valenciana: assumpció d'aquesta fórmula pels nous hospitals (13 en projecte) i centres de salut de Torrevieja, Dénia, Manises i Elx (25% de la població valenciana). Madrid: construcció de 7 hospitals (Majadahonda, Vallecas, Parla, Aranjuez, Coslada, Arganda i San Sebastián de los Reyes), segons el procediment establert a la Llei 13/2003 de 23 de maig. Experiències aïllades a algunes CA, en la remodelació d'hospitals ja existents: Castella i Lleó (Burgos) i Balears (Son Dureta). (Baquero i San José, 2008)

Font: Elaboració pròpia.

Com ja s'ha esmentat, el **model integrat de relació** correspon al sistema organitzatiu heretat de l'INSALUD, on els serveis autonòmics de salut assumeixen tant les funcions de compra com de provisió. La major part de les CA han mantingut aquest model, pel que fa a l'atenció primària. Destaquen, però, Catalunya, Illes Balears, Múrcia, Galícia i Madrid, que introdueixen una separació de funcions més acusada¹⁴ (Domínguez, 2006).

Per a aproximar-nos al pes de la **concertació** en el sistema sanitari, el primer element a destacar és que el percentatge de la despesa del SNS destinada a concerts amb el sector privat—on s'hi inclouen els serveis sanitaris i no sanitaris—ha crescut des de l'11,9% l'any 1995 al 12,5% el 2004. El 55,7% dels hospitals contracta externament almenys un dels serveis no sanitaris (neteja, bugaderia, alimentació o manteniment), amb una variació d'entre un 73% en el cas de Cantàbria i 70% d'Aragó i un 37% a Castella-la Manxa i 46% Galícia. La resta de CA superen el 50% (Puig-Junoy i Pérez, 2002).

Pel que fa a la concertació de serveis estrictament sanitaris a les diferents CA, la valoració del seu pes és una tasca difícil a causa de la manca de dades i a la variabilitat que presenta la concertació en funció de les necessitats de cada moment.

Baquero i San José (2008), però, apunten que els usuaris de la medicina privada procedien el 2006 en un 30% dels concerts amb la Seguretat Social. Si entrem a examinar les dades del Catàleg Nacional d'Hospitals¹⁵ relatives a 2006, veiem com un terç dels hospitals espanyols són concertats.¹⁶ Destaca el pes d'aquest mecanisme a Canàries, Múrcia, Navarra, Cantàbria, el País Basc i Madrid, CA amb un percentatge d'hospitals concertats superior al 40%; mentre a la cua trobem Andalusia, amb només un 15%.

14 Ja hem vist com Catalunya és la comunitat pionera en la implantació d'un nou model organitzatiu separat (Gallego, 2003). A Balears, el Servei de Salut de les Illes Balears és l'encarregat de les funcions d'assegurament i compra dels serveis, mentre la funció de provisió s'adjudica a diferents subjectes que poden ser públics o privats, contractats per mitjà de contractes-programa o de concerts. A Múrcia i Galícia la normativa estableix la separació entre les funcions de compra i provisió, però ambdues funcions són atribuïdes al propi Servei de Salut. Finalment, en el cas de Madrid, les funcions estaven separades a l'Institut Madrileny de la Salut i el Servei Madrileny de Salut seguint el model català; si bé aquesta situació ha canviat actualment, integrant-se les dues entitats sota la denominació de Servei Madrileny de Salut (Domínguez, 2006).

15 En aquest catàleg es recullen tots els centres sanitaris autoritzats per a actuar sota la denominació genèrica d'hospitals pels òrgans competents de les CA i que estan "destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internado, cuya finalidad principal es el diagnóstico y/o tratamiento de los enfermos ingresados en el mismo, así como la atención a pacientes de forma ambulatoria". MSC.

16 Segons el propi Catàleg, "Se entiende en general por concierto un contrato realizado entre un establecimiento sanitario (privado o público) y el organismo responsable de gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, por el cual se determinan, bajo ciertas condiciones, las características y las tarifas de cada uno de los servicios sanitarios concertados. Hay algunos casos particulares en los que la relación entre el hospital y la Entidad Gestora se rige por Convenio de Vinculación o por Convenio Singular. En el caso de Cataluña también se reflejan en este apartado los centros integrados en la Red de Hospitales de Utilización Pública (XHUP)".

Taula 9.4

Nombre de centres sanitaris autoritzats per a actuar com a hospitals (centres amb internament) per les respectives CA 2006. Ordenats en funció del percentatge de centres concertats

Comunitat Autònoma	Nombre d'hospitals				Percentatge de concertació en cada tipologia de dependència funcional		
	amb concert	sense concert	total absolut	percentatge de centres concertats	públics	privats benèfics	privats no benèfics
Canàries	30	26	56	54%	37%	100%	63%
Múrcia	13	13	26	50%	18%	100%	75%
Navarra	6	7	13	46%	0%	100%	50%
Cantàbria	5	6	11	45%	25%	100%	0%
País Basc	19	26	45	42%	0%	100%	69%
Madrid	32	49	81	40%	6%	64%	62%
Castella-la Manxa	24	40	64	38%	18%	67%	64%
La Rioja	3	5	8	38%	17%	0%	100%
Balears	10	16	26	38%	45%	100%	25%
Catalunya	76 (9 + 67 XHUP)	130	206	37% (4% + 33% XHUP)	61% (2% + 59% XHUP)	38% (2% + 36% XHUP)	28% (7% + 21% XHUP)
Aragó	10	18	28	36%	16%	50%	83%
Galícia	25	46	71	35%	13%	100%	59%
Total	241	603	911	33%	18%	60%	43%
Astúries	7	17	24	29%	8%	80%	29%
Extremadura	7	20	27	26%	12%	100%	38%
Castella i Lleó	9	29	38	24%	8%	0%	64%
Com. Valenciana	13	49	62	21%	10%	67%	32%
Andalusia	19	106	125	15%	6%	50%	21%

Font: Elaboració pròpia en base a Catálogo Nacional de Hospitales, MSC.

Segons la dependència funcional,¹⁷ el grau de concertació varia de forma molt notable entre CA. En general, però, els hospitals privats benèfics són la tipologia amb una major freqüència de concertació –arribant fins al 100% dels hospitals benèfics a diverses CA–, seguida dels centres privats amb ànim de lucre, amb un percentatge que tampoc és gens menyspreable.

17 “Se entiende por dependencia funcional de un establecimiento sanitario la persona física o jurídica que gestiona el centro”. (MSC)

En canvi, és als centres públics on la concertació és menys freqüent, amb la notable excepció de Catalunya. El territori català s'ha caracteritzat històricament per una major presència de mútues i per tant per una major presència del sector privat, tant mercantil com benèfic, el que ha estat la base de la llarga tradició de concertació del seu sistema sanitari. Per altra banda, però, cal destacar un altre tret diferencial del sistema català: la introducció de la concertació en l'atenció primària. En efecte, si el 2002 es va destinar un 39% del pressupost sanitari públic a dotacions per a concerts, aquesta xifra corresponia en un 84% a l'atenció especialitzada i en un 16% a la primària¹⁸ (Martín, 2003).

Respecte les **concessions administratives**, en aquest model les empreses implicades esdevenen propietàries dels centres sanitaris mentre dura la concessió. un canvi de titularitat de les infraestructures cap al sector privat implica que són mecanismes directes de privatització. L'administració pública deixa de ser directament responsable del funcionament d'aquestes entitats, i el seu paper es redueix a llogar els serveis; mentre les empreses concessionàries no estan subjectes a la mateixa legislació que les autoritats sanitàries, per la qual cosa no estan obligades a donar accés públic a determinada informació (Baquero i San José, 2008).

La primera experiència desenvolupada a l'Estat espanyol és la de l'Hospital de la Ribera d'Alzira, que va començar a funcionar el gener de 1999. Es va atorgar una concessió per a la construcció, equipament i gestió de l'atenció especialitzada de la comarca de la Ribera (àrea de salut nº 10) a una UTE constituïda per Adeslas, (51%), un grup de caixes d'estalvis (45%) i empreses constructores, per un contracte de 10 anys prorrogable a 15. El finançament era capitatiu i permetia la retenció dels ingressos propis d'explotació; és a dir la prestació de serveis a usuaris d'altres àrees de salut i concerts amb altres hospitals (Martín, 2003). Tanmateix, l'experiència va generar nombrosos problemes econòmics pel centre, que es van solucionar mitjançant la recuperació pública¹⁹ i l'atorgament d'una nova concessió amb unes condicions més favorables per a les empreses concessionàries (major finançament capitatiu) i que incloïa també l'atenció primària de l'àrea d'Alzira. Posteriorment es va generalitzar el model a altres àrees de salut de la Comunitat Valenciana, i en l'actualitat s'està aplicant a la Comunitat de Madrid.

18 Segons dades actuals, l'Institut Català de la Salut (ICS) és el principal proveïdor d'atenció primària però no l'únic: gestiona més del 80% dels Equips d'Atenció Primària (EAP) i la resta (83 CAP) està gestionada per entitats diverses. Per altra banda, el marc estratègic de diversificació de proveïdors de la política sanitària catalana preveu que de les 360 Àrees Bàsiques de Salut, 126 passin a estar gestionades per entitats alienes a l'ICS (71 ja ho estan), ja siguin consorcis, fundacions, mutualitats hospitalàries o entitats de bases associatives.

19 L'UTE va renunciar al contracte a canvi del reconeixement del capital que mancava per amortitzar, que eren 6/10 parts.

Es tracta d'un model que ha generat una forta controvèrsia i oposició social:²⁰ es considera una privatització encoberta d'un servei públic universal, i alhora es destaca que deixar en mans privades el conjunt de la sanitat pública d'un territori a banda de perjudicar la qualitat del servei, pot dificultar-ne la transparència i el control per part de les autoritats públiques, dificultar la planificació sanitària i, a més, a la llarga pot resultar molt més car.²¹

9.3. El pes de l'esfera privada i familiar en la provisió de serveis sanitaris

Per acabar de donar una visió general de les diferències existents entre els models de polítiques sanitàries autonòmiques, en aquest darrer bloc abordarem les aportacions que es fan a l'àmbit sanitari des de l'àmbit estrictament privat, ja sigui mercantil, benèfic o familiar.

9.3.1. El sector privat mercantil i el sector privat benèfic

Una de les maneres d'aproximar-nos a la importància del sector privat en la provisió de serveis sanitaris és valorar la **dotació de llits en funcionament** en hospitals en cada comunitat autònoma en funció de l'entitat jurídica de la qual depenen.²²

Les dades existents no ens permeten diferenciar el nombre de llits que estan sent utilitzats per la xarxa sanitària pública,²³ en canvi, sí que ens donen una idea de les diferències interterritorials pel que fa a l'arrelament del sector privat sanitari en

20 Contra aquest model CCOO va interposar un recurs al TSJ de la Comunitat Valenciana. La resposta però, ratificada pel Tribunal Suprem l'any 2005, va ser que aquesta fórmula no vulnerava els principis legals (Menéndez, 2008).

21 De fet, aquest model va ser iniciat al Regne Unit als anys 80, i des d'aleshores les avaluacions i valoracions que s'han fet en aquest país han estat força negatives. Es confirma que resulta més car, és extremadament difícil de controlar, presenta pitjors dotacions de personal i de serveis (amb casos greus d'infeccions hospitalàries per manca d'higiene a causa de la subcontractació de serveis), pitjors dotacions de llits per habitant, tendència a la derivació dels casos més complexos i les patologies importants als hospitals de referència, i a més presenta poca flexibilitat per adaptar-se als canvis (donat que les concessions són a 30 anys, es vincula les administracions a finançar una sèrie de prestacions que potser en el futur no seran les necessàries) (Baquero i San José, 2008, Sánchez-Bayle, 2008).

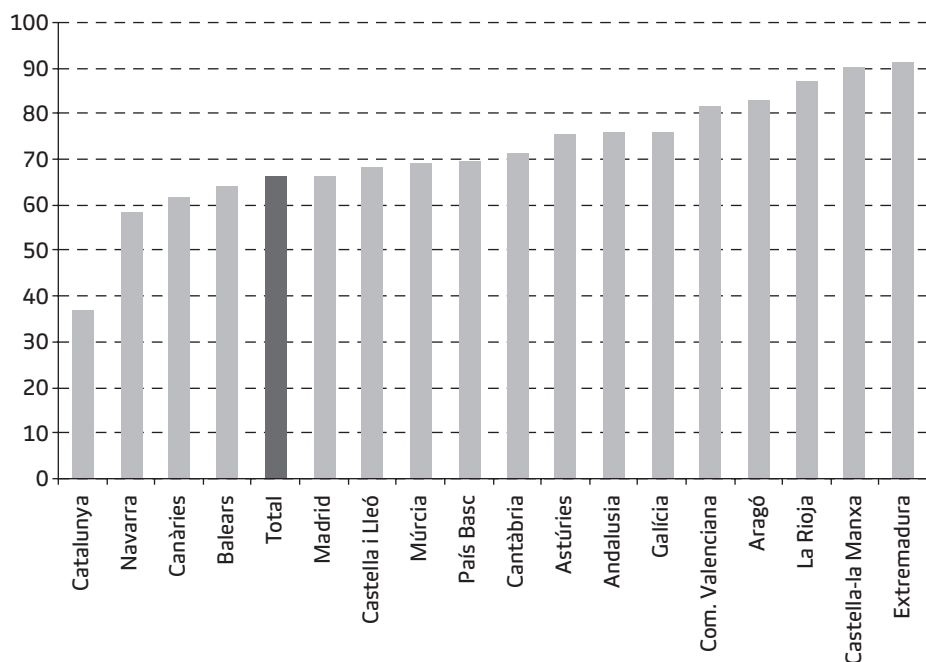
22 En la dotació pública s'inclouen els llits pertanyents al Sistema Nacional de Salut i a altres propietaris, entre els quals destaquen les comunitats autònomes, les diputacions, ajuntaments i municipis, el Ministeri de Defensa, i d'altres, mentre en els privats es diferencia entre les entitats benèfiques (Creu roja, Església i altres) i les entitats amb ànim de lucre.

23 Via concert, concessió o els altres mecanismes ja descrits.

l'àmbit de l'atenció especialitzada. L'existència d'una dotació diferent de centres hospitalaris pot implicar també unes diferents condicions de possibilitat de la política sanitària: en comunitats amb una xarxa privada més densa es pot donar una major tendència cap a models mixtos.

Gràfic 9.1

% de llits instal·lats per 10.000 habitants que depenen d'entitats públiques. 2005



Font: Estadística d'indicadors hospitalaris. INE.

Aquestes dades apunten una altra vegada al cas català com una realitat altament diferenciada a la resta de l'Estat: si a Catalunya només el 36,7% dels llits instal·lats depenen d'entitats públiques, al conjunt de l'Estat en canvi 2 de cada 3 llits són públics; i de fet, en calcular la mitjana estatal sense incorporar les dades de Catalunya la xifra s'enfila fins al 73% de llits públics. Alhora, trobem una gran diferència entre els dos valors extrems: entre Catalunya i a Extremadura, que té un 91% de llits públics, la distància és de 54,7 punts percentuals.

En el període 1996-2005, en el conjunt de l'Estat ha augmentat lleugerament el pes dels llits no públics respecte els públics: si l'any 1996 els llits de titularitat pública representaven un 67,23 del total, el 2005 el percentatge era del 65,71%, segons dades de l'INE.

Finalment, esmentarem que segons les mateixes dades de l'INE, el pes dels llits privats de centres de caràcter benèfic és especialment important a Navarra, Catalunya, Cantàbria i Castella i Lleó, CA on superen el 20% dels llits, arribant fins al 38% a Navarra, i en canvi gairebé irrellevant a la C. Valenciana, Galícia, Extremadura i Castella-la Manxa (entre el 4,7 i el 0,2%). El sector privat mercantil té per, la seva banda, una major presència a Catalunya, Canàries, Balears, i Múrcia, totes elles per sobre del 25%; mentre a Navarra i Cantàbria es situen al voltant del 3,5%.

Un segon indicador a examinar per valorar la importància del sector privat en l'àmbit sanitari és la presència de les **assegurances mèdiques i de la medicina privada** a les diferents CA. En els últims anys s'ha donat un creixement sostingut d'ambdós elements: a banda de les prestacions no cobertes pel SNS de forma universal (dentista, per exemple) al conjunt de l'Estat s'ha expandit notablement la despesa i per tant, la medicina privada (Ponte, 2005), fruit de dues tendències principals. En primer lloc, la percepció de col·lapse de la sanitat pública, arran de l'augment de les llistes d'espera i el notable augment de la població que s'ha donat en pocs anys, que com hem vist al capítol dedicat a la dimensió substantiva, no s'ha correspost amb un creixement equivalent dels recursos humans i estructurals públics posats a disposició de la ciutadania. En segon lloc, cal destacar la incidència de la *Llei de Reforma de l'IRPF* (inclosa a la Llei d'acompanyament dels pressupostos de 1999), que afavoria l'assegurament privat introduint exempcions i altres avantatges fiscals a l'àmbit de les empreses per tal que les persones treballadores contractessin assegurances privades d'empresa (Ponte, 2005).

Així doncs, es detecta un progressiu augment de les persones que gaudeixen d'una doble cobertura, ja sigui concertada individualment o a través de la seva empresa.²⁴ Si l'any 1997 les dades de l'Enquesta Nacional de Salut mostraven un 9% de persones que gaudien d'una cobertura sanitària privada a tot el territori espanyol, l'any 2006 la xifra arribava al 13,2%.

En termes comparatius, veiem com les diferències entre les comunitats autònomes pel que fa a la població amb doble cobertura són molt rellevants.

Veiem doncs com algunes CA com ara Balears, Catalunya,²⁵ Madrid i el País Basc presenten uns índexs elevats de població amb doble cobertura, d'entre un 20 i un 25%.

24 Es considera que en termes generals (no s'han pogut localitzar dades desagregades per CA el 70,3% de la població amb assegurança privada l'ha concertat individualment, i la resta ho ha fet mitjançant la seva empresa.

25 A destacar que en determinades regions sanitàries catalanes la proporció és encara més gran: en el cas de la ciutat de Barcelona, la població amb doble cobertura suposava el 34,8% l'any 2006, i segueix augmentant respecte a enquestes anteriors. De fet a alguns dels districtes de Barcelona on predominen les rendes altes la doble cobertura és majoritària, com passa a Sarrià-Sant Gervasi, amb un 67,2% (Rodríguez-Sanz et al., 2008).

Taula 9.5

Modalitat de la cobertura sanitària. Distribució percentual de la població de 0 i més anys. 2006

Comunitats autònomes	Exclusivament pública	Mixta	Exclusivament privada	Altres situacions
Balears	74,1	25	0,7	0,2
Catalunya	74,9	23,9	1,1	0,2
Madrid	75,3	22,7	1,9	0,1
País Basc	79,5	19,9	0,6	0
Astúries	86,1	13,5	0,3	0,1
Total	85,1	13,2	1,4	0,3
Aragó	86,9	11,8	0,9	0,4
Castella i Lleó	88,8	10,4	0,7	0,1
Com. Valenciana	88,5	8,8	1,8	1
Galícia	91,1	8,5	0,3	0
La Rioja	92	7,8	0,3	0
Andalusia	90,8	6,6	2,3	0,4
Castella-la Manxa	92,4	6,5	0,7	0,5
Cantàbria	92,7	5,4	1,7	0,3
Múrcia	91,6	5,4	2,4	0,6
Canàries	92,8	4,9	2	0,3
Navarra	94,4	4,2	0,8	0,5
Extremadura	97,3	2,3	0,4	0
Distància entre valors extrems	23,2	22,7	0,3	0,2

Font: Enquesta Nacional de Salut.

Els segueixen Astúries, Aragó i Castella i Lleó, entre el 10 i el 14%, i finalment la resta de comunitats no arriben al 10%, destacant Extremadura amb el valor més baix, només un 2,3% de la seva població. Per altra banda, Múrcia, Andalusia, Madrid i la Comunitat Valenciana són les comunitats amb una major presència de població amb una cobertura exclusivament privada.

Les diferències en l'extensió de la doble cobertura evidentment no només generen diferències entre territoris. La doble cobertura, si bé en part pot alleugerir la pressió assistencial sobre el Sistema Nacional de Salut, alhora també pot contribuir a posar en tensió la sostenibilitat futura del model universalista de sanitat pública finançada via impostos. De la mateixa manera que la pervivència de mutualitats privades finançades per l'Estat per a determinats perfils de treballadors públics té l'efecte de deslligar a col·lectius clau en el procés de decisió sobre la sanitat pública de la futura

evolució d'aquesta quant a l'accessibilitat i la qualitat, amb la doble cobertura es dona una situació similar.

Determinades capes socials (la població amb majors recursos econòmics) perceben que paguen dues vegades la sanitat: mitjançant els impostos –i de forma molt pronunciada donat que són col·lectius amb una important càrrega impositiva–, i via mutualitat (Martín, 2003). Així doncs, són col·lectius que poden tendir a defensar sistemes mixtos de contribució estatal i personal a l'assistència privada que introdueixin major capacitat d'elecció i agilitat, encara que sigui en detriment de l'equitat i la universalitat.

Diversos autors (Martín, 2003; Sánchez-Bayle i Martín-García, 2004, Cabiedes, 2003), però, apunten que aquests plantejaments poden generar problemes de selecció adversa: les entitats asseguradores tenen incentius per a seleccionar els riscos tant pel que fa a les persones usuàries (evitant o derivant a la sanitat pública a les menys sanes i per tant potencialment costoses), com per a l'oferta de serveis (especialitzant-se en les patologies i procediments més rentables, i evitant les malalties cròniques i els procediments més complexos i cars). En una situació com la dels territoris amb una presència significativa de la doble cobertura, la conseqüència és que els centres públics es fan càrrec dels malalts o de les patologies que els privats no poden o no volen atendre (Sánchez-Bayle i Martín-García, 2004).

9.3.2. L'aportació de les famílies

A Gallego et al. (2003), s'apuntava com una part significativa de les diferències entre els règims de benestar de les comunitats autònomes tenen a veure amb el protagonisme que s'atorga a les diverses esferes de provisió de benestar: l'Estat, el mercat, el sector comunitari i les famílies.

En l'àmbit de la salut, donada la debilitat estructural de la política sanitària espanyola en la prestació de serveis públics de cura,²⁶ el paper de la família –és a dir, de les dones, en general– és molt rellevant per a l'organització i funcionament dels serveis sanitaris. Aquest rol clau compensa, per exemple, la falta de personal auxiliar a l'àmbit hospitalari, la disminució dels períodes d'estàncies hospitalàries o l'augment de la cirurgia ambulatoria. Es tracta d'una variable que no se sol tenir en compte en la definició de reformes sanitàries, les quals sovint tendeixen a racionalitzar la despesa sanitària tot externalitzant part de les despeses cap a les famílies.

Seria interessant, per tant, poder aportar dades referents a la dedicació en temps de les famílies per tal d'aproximar-nos al grau de *familiarització* de l'assistència sanitària. Com que no hem pogut localitzar aquest tipus d'informació, en aquest dar-

26 Entenent en aquest cas la cura en tant que *cuidado* i no en tant que *curación*.

rer apartat abordarem l'aportació de les famílies a la provisió d'atenció sanitària presentant, a mode d'aproximació, les dades referents a la despesa econòmica anual de les llars.

Taula 9.6

Despesa mitjana anual de les llars (en euros) en el grup de despesa 6 (salut). 1998 i 2006. Ordenats en funció del percentatge de despesa en salut l'any 2006

Comunitats autònomes	1998		2006		Variació	
	Despesa en salut	% despesa en salut respecte al total	Despesa en salut	% despesa en salut respecte al total	Variació bruta	Variació relativa del % despesa en salut
Astúries	337,09	1,95%	962,11	3,40%	625,02	42,79%
Catalunya	456,02	2,36%	1.063,86	3,18%	607,84	25,93%
Com. Valenciana	426,93	2,62%	916,07	3,11%	489,14	15,59%
Canàries	523,69	3,13%	866,77	3,04%	343,08	-3,01%
Navarra	510,84	2,20%	1.025,81	3,00%	514,97	26,71%
Andalusia	393,28	2,49%	859,39	2,98%	466,11	16,39%
Galícia	370,06	2,27%	838,74	2,97%	468,68	23,64%
Total	414,24	2,34%	902,11	2,95%	487,87	20,59%
País Basc	436,17	2,10%	964,19	2,93%	528,02	28,13%
Múrcia	461,12	2,85%	847,35	2,85%	386,23	0,11%
La Rioja	435,53	2,45%	759,98	2,83%	324,45	13,37%
Cantàbria	339,73	1,98%	824,99	2,82%	485,26	29,88%
Castella i Lleó	281,74	1,81%	762,98	2,81%	481,24	35,66%
Extremadura	322,78	2,47%	691,25	2,80%	368,47	11,78%
Castella-la Manxa	279,77	2,00%	736,35	2,78%	456,58	28,01%
Madrid	511,68	2,24%	960,03	2,71%	448,35	17,13%
Balears	417,64	2,43%	870,07	2,70%	452,43	10,10%
Aragó	384,04	2,26%	743,75	2,56%	359,71	11,66%

Font: Elaboració pròpia en base a Enquesta de Pressupostos Familiars. INE.

Veiem com les diferències entre CA no són molt grans, passant d'1,3 punts percentuals el 1998 a 0,84 l'any 2006. Tanmateix, en aquest període el pes de la despesa en salut en el conjunt de la despesa de les famílies ha augmentat un 20% en el conjunt de l'Estat. En algunes comunitats autònomes, però, l'augment ha estat molt major, destacant els casos d'Astúries, en primer lloc, i de Castella i Lleó, Cantàbria, el País Basc i Castella-la Manxa, on se supera o es frega el 30% d'augment relatiu. En l'altre extrem, ressaltava la regió de Múrcia i les Illes Canàries, on no hi ha canvis o s'hi dona un lleu decreixement.

9.4. Conclusions

En línies generals, en termes operatius en els darrers anys han proliferat les reformes organitzatives i de gestió en els serveis sanitaris espanyols, sent aquesta la dimensió on es poden detectar majors diferències entre CA

En efecte, a partir de meitat dels anys 80, en alguns casos, i dels anys 90 les experiències dirigides a introduir innovacions en la gestió dels serveis sanitaris van anar guanyant força a tot l'Estat, en la línia d'algunes de les tendències internacionals del moment. El procés de descentralització sanitària va impulsar aquest procés, generant així una multiplicitat d'iniciatives de reforma en els elements operatius de la política sanitària, que alhora estaven condicionades per les diferents característiques de la dotació de recursos en cada territori.

La major part de les comunitats autònomes han anat desenvolupant models de gestió més flexible, orientant-se en molts casos cap a la utilització del Dret privat, tot i que, com hem vist, no hi ha un consens acadèmic al voltant de si aquestes noves fórmules aconseguixen efectivament millorar l'eficiència sense alterar l'equitat del sistema.

La taula que presentem a continuació pretén sintetitzar les diferències en els sistemes sanitaris, d'acord amb els eixos esmentats al principi del document: el grau d'integració del model de provisió dels serveis i el nivell de protagonisme del sector privat.

Taula 9.7
Classificació de les comunitats autònomes en base a les seves característiques operatives predominants

Sector	Model de provisió		
	Separat	Intermedi	Integrat
Públic	Andalusia Astúries Canàries Castella i Lleó Galícia País Basc	Aragó Cantàbria Múrcia	Castella-la Manxa Extremadura La Rioja Navarra
Privat	Catalunya Com. Valenciana Illes Balears Madrid		

Font: elaboració pròpia.

Així doncs, l'aposta per una nova gestió pública ha portat al sorgiment d'una pluralitat de proveïdors de serveis amb personificació jurídica diversa, com fundacions, consorcis, ens públics, societats, cooperatives, empreses privades i altres. En aquest sentit, Catalunya va ser pionera en la creació del nou model mixt de provisió de serveis, mentre també destaquen Galícia i Andalusia com a impulsores de nous models organitzatius que donen entrada a entitats instrumentals subjectes al Dret Privat. La Comunitat Valenciana apareix com pionera en la creació del primer hospital públic espanyol gestionat sota la modalitat de concessió administrativa, que permet un protagonisme inèdit del sector privat; aspecte en el qual ha estat seguida per la Comunitat de Madrid, més recentment.

Andalusia, Astúries, Canàries, Castella i Lleó, Galícia i País Basc destaquen per apostar per un model separat de provisió dels serveis però on predominen els instruments propis del sector públic. Catalunya, Comunitat Valenciana, Illes Balears i Madrid també aposten en les noves formes de gestió pública, però amb predomini dels instruments propis del sector privat, amb una menor intensitat a les Illes Balears i Madrid (fins al moment, a l'espera de la posada en funcionament dels 8 nous hospitals gestionats per empreses privades). Destacarem, però, la major tendència a la concertació amb el sector privat no benèfic a la Comunitat Valenciana i a Madrid, mentre a Balears i Catalunya predominen les entitats benèfiques.

Quant al model de provisió pública directa dels serveis, es podria dir que encara preval a quatre comunitats autònomes: Castella-la Manxa, Extremadura, La Rioja i Navarra, que han mantingut un model de gestió amb formes més convencionals i no personalitzades. En una posició intermediària estarien Aragó, Cantàbria i Múrcia.

9.5. Bibliografia

Baquero, J.; San José, C., "La mercantilización de la sanidad", a *Revista de Economía Crítica*, nº 6, gener de 2008, p. 73-101.

Cabiedes, L., *Aplicación de la nueva gestión pública a las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España*. 2003. Disponible a: <http://www.uniovi.es/econo/DocumentosTrabajo/2003/260-03.pdf>.

Cabiedes, L., Guillén, A., "Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe", *Social Science & Medicine*, 52, 2001, p. 1205-1217.

Callejón, M.; Ortún, V., "Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias", a López-Casasnovas, G., *El interfaz público-privado en Sanidad*, Barcelona: Masson, 2003.

- Domínguez Martín, M., *Formas de gestión de la sanidad pública en España*, Las Rozas (Madrid): L Ley, 2006.
- Freire, J.M., "La atención primaria de la salud y los hospitales en el sistema nacional de salud", a Navarro, V. *El Estado de Bienestar en España*, Madrid: Ed. Tecnos, 2004.
- Fusté, J.; Séculi, E.; Brugulat, P.; Medina, A.; Juncà, S., "Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?", *Gaceta Sanitaria*, 19 (1), 2005, p. 15-21.
- Gallego, R., "Las políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas", a Gallego; Gomà; Subirats, *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*, Madrid: Ed. Tecnos, 2003.
- Gallego, R.; Gomà, R.; Subirats, J., *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*, Madrid: Ed. Tecnos, 2003.
- Gallo de Puellas, P., *La organización de la provisión de servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas*, a AAVV, *Política sanitària i comunitats autònomes*, Barcelona: IEA, 2007.
- García Vargas, J., "Modelos de gestión pública: gestión de la sanidad pública en la España de las autonomías", a AAVV, *La sanidad pública en España: reflexiones: jornadas: ponencias e intervenciones*, Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, 2006, p. 129-142.
- Ibern, P., "Políticas públicas y regulación de los seguros sanitarios", *Gaceta Sanitaria* v.19, n. 1, enero-febrero, 2005.
- Martín, J.J.; López del Amo, M.P.; Pérez, M. C., "Nuevas fórmulas jurídicas y de gestión en las organizaciones sanitarias", a Temes, J.L. (ed.), *Gestión Hospitalaria* McGraw-Hill, 3ª edición, 2002.
- Martín Martín, J.J., *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*, Documento de trabajo 14/2003, Fundación Alternativas. 2003. Disponible a: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/nuevas-formulas-de-gestion-en-las-organizaciones-sanitarias>.
- Martín-García, M.; Sánchez-Bayle, M., "Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades", *Gaceta Sanitaria* 2004, nº 18 (Supl 1), 2004, p. 96-101.
- Menéndez, A., "La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad", *Revista de Administración Sanitaria*, 6 (2), 2008.
- Ponte C., "Neoliberalismo en España: efectos sobre el sistema de salud", a AAVV *Globalización y salud*, Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2005.
- Puig-Junoy, J.; Pérez, P., *Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles*, *Gaceta Sanitaria* v. 16 n. 2, 2002. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112002000200008&script=sci_arttext.
- Rodríguez-Sanz M.; Morales E.; Pasarín M.I.; Borrell C., *Enquesta de Salut de Barcelona 2006*, Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008. Disponible a: <http://www.aspb.es/quefem/docs/Enquesta%20Salut%20Barcelona%202006.pdf>.

Sánchez-Bayle, M.; Martín-García, M., *Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia*, Documento de trabajo 43/2004, Fundación Alternativas, 2004. Disponible a: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/nuevas-formas-de-gestion-las-fundaciones-sanitarias-en-galicia>.

Sánchez-Bayle, M., "La privatización y los nuevos modelos de gestión en sanidad", a *Revista de Economía Crítica*, nº 6, gener de 2008.

10.

LA DIMENSIÓ SIMBÒLICA EN LES POLÍTIQUES AUTONÒMIQUES DE SERVEIS SOCIALS I ASSISTÈNCIA SOCIAL

José Adelantado

10.1. Introducció

L'objectiu d'aquest capítol és estudiar les continuïtats i canvis en les polítiques autonòmiques de serveis socials, rendes mínimes d'inserció i plans autonòmics d'inclusió social entre 1982 i 2008. En el treball es connecten tres camps de discussió acadèmica sobre la reforma dels sistemes de benestar: els canvis de paradigma en les polítiques, la seva europeïtzació i el poder de les idees i discursos públics.

Com s'ha produït el canvi institucional en la política de serveis socials i assistència social a Espanya? Cap on s'han adreçat les reformes? Quins discursos utilitzen els gestors polítics? Com ha reaccionat Espanya a la influència de la Unió Europea? Es poden establir diferències entre comunitats autònomes en l'aplicació dels discursos? La hipòtesi que s'ha de contrastar és que des de la transició democràtica fins avui dia, s'ha produït un canvi de paradigma institucional en les polítiques autonòmiques de SS i AS. Aquest canvi s'ha produït per l'acumulació de reformes sobre continuïtats històriques, a través d'adaptacions successives als requeriments de l'europeïtzació.

La transició del fordisme al postfordisme ha donat lloc a l'estudi de com afecta el canvi econòmic als paradigmes de política; és a dir, com, a quin ritme i fins on, el canvi del paradigma keynesià al monetarista s'ha entrellaçat amb els canvis postindustrial (nous riscos socials) i el desenvolupament de la ideologia neoliberal. En paral·lel, aquesta discussió sobre els *policy paradigms* (Hall, 1993) ha reactivat el debat teòric sobre les limitacions del teorema dels patrons de dependència (Mahoney, 2000; Ebbinghaus, 2005) per explicar com s'han reduït les resistències per a la reforma institucional en els estats de benestar.

Quant a l'europeïtzació en l'estudi, es parteix de la perspectiva de Radaelli (2003), que identifica quatre reaccions diferents dels estats davant dels canvis induïts per la Unió Europea. És d'especial interès la reacció del tipus "absorció", que entén el canvi com a adaptació, i la reacció de "transformació", que equival a una modificació substancial dels instruments i dels objectius de les polítiques. Però l'europeïtzació, com a governança multinivell, afecta la recomposició vertical i horitzontal del poder domèstic. De fet opera simultàniament cap a dalt (*bottom-up*) i cap a baix (*top-down*) (Börzel, 2002).

L'estudi empíric del canvi de paradigma es du a terme a través de la selecció d'alguns "marcs interpretatius" en les lleis de serveis socials, rendes mínimes d'inserció i plans autonòmics d'inclusió social. El "*framing*" (emmarcat) és una metodologia de recerca (*frame analysis*) segons la qual un marc és el conjunt de creences i significats orientats cap a l'acció, que legitima les activitats d'un grup (Snow i Benford, 1992). L'anàlisi de marcs parteix de la idea de considerar les condicions de producció i difusió d'elements ideològics i culturals així com també les condicions socials per a la seva

viabilitat o fracàs. Els marcs són una bastida conceptual, un esquema interpretatiu tant de les causes com de les solucions d'un problema que seleccionen, codifiquen i condensen una part de la realitat. Els sis marcs interpretatius que s'han utilitzat són: universalisme i responsabilitat pública; pobresa i dret a la inserció; privatització i altruisme; creixement, ocupació i cohesió social; subjectivació de drets i copagament, i creixement, ocupació i governança. Aquests marcs s'analitzen des del que Schmidt (2008) anomena "institucionalisme discursiu", que pretén captar el poder explicatiu de les idees i els discursos, en la mesura que un canvi institucional pot emergir després d'un canvi cognitiu o normatiu en els valors o les creences dels actors.

Els resultats indiquen que davant d'un context d'austeritat permanent que recomanava una contenció de costos, les polítiques autonòmiques de SS i AS s'han expandit –possiblement com a compensació a la contracció de les polítiques contributives– i liberalitzat per mitjà de: (a) la introducció de mecanismes a favor del mercat i del Tercer Sector (voluntariat social), (b) la introducció de mecanismes que reforcen la responsabilitat individual i la subsidiarietat de l'Estat, (c) l'exigència de predisposicions, conductes i contrapartides per merèixer els ajuts. A més, la competència exclusiva d'aquestes polítiques per part de les comunitats autònomes (CA) mostra un efecte de mímesi (replicació normativa) i dòmino (seqüència temporal breu), i una convergència discursiva en la seva formulació, però al mateix temps, una gran diversitat en la seva implementació.

10.2. Patrons de dependència, europeïtzació i poder causal de les idees en els canvis de paradigma

Una conceptualització molt elemental del teorema dels patrons de dependència (*path dependence*) es basa en l'argument que els esdeveniments anteriors afecten els posteriors. En la literatura sobre l'institucionalisme es distingeixen com a mínim dues interpretacions del *path dependence* (Mahoney, 2000): una en relació amb la idea de reproducció, basada en seqüències d'inèrcia i autoreforç, on el canvi s'entén com una pèrdua de l'equilibri i la seva recuperació; i una altra, basada en la idea de seqüències reactives, on el canvi és com una cadena d'esdeveniments temporalment ordenats i causalment connectats, que no tendeixen a reproduir els patrons sinó a transformar-los, a través d'un procés de reaccions i contrareaccions. En el primer cas es tracta d'un sistema tancat amb un mecanisme de retroalimentació intern, que té com a única via per al canvi un factor exogen i que només pot explicar els casos estables de *path dependence*. En canvi, en el segon cas, des d'una perspectiva més dinàmica, Ebbinghaus (2005), entén que el *path dependence* restringeix l'elecció però no determina el pas adaptatiu següent, i considera tres escenaris per a la transformació institucional: (a) adaptació marginal a l'entorn sense canvi en els principis *path stabilization* (b) adaptació gradual amb renovació parcial de les institucions i

redirecció dels principis *path departure* (c) esdeveniment que acaba amb l'autoreforç en una institució establerta que pot donar pas a una altra de nova al seu lloc *path cessation* o *path switching*.

Entre les explicacions del canvi institucional a partir del teorema del path dependence per explorar els canvis de paradigma, la teorització més reconeguda és la de Hall (1993). Segons aquest autor, un paradigma de política (policy paradigm) és una carcassa interpretativa d'idees i patrons, que especifica no solament els objectius de política i el tipus d'instruments que poden fer-se servir per aconseguir-los, sinó també la naturalesa dels problemes i la forma de pensar-los i comunicar-los (discursos). Hall estudia com es passa d'un paradigma de política a l'altre a partir de tres ordres de canvi. Primer, ajustament dels instruments disponibles. Segon, canvi d'instruments o tècniques (basat en l'aprenentatge de l'experiència) però sense modificar la jerarquia d'objectius. Tercer, canvi radical i simultani d'instruments i objectius (canvi del discurs polític). El teorema del *path dependence*, com els diferents institucionalismes, és molt útil per comprendre les realitats de les institucions a escala nacional-estatal (com el paradigma keynesià en economia), però mostra limitacions explicatives ja que no té en compte factors "exògens" com els processos de globalització o la europeïtzació.

Segons Schmidt (2008), tampoc sembla que les explicacions que provenen tant del teorema del *path dependence* com de la tradició teòrica dels "vells" institucionalismes, han considerat seriosament el paper de les idees en els processos de canvi. Com a molt, en tots dos casos les idees s'han considerat més com un factor que contribueix a l'estabilitat que al canvi. Davant d'aquesta visió estàtica del paper de les idees, "l'institucionalisme discursiu" que proposa Schmidt entén que el canvi institucional pot sorgir després d'un canvi cognitiu o normatiu en els valors o les creences subjectives dels actors. En aquest sentit, la transformació institucional s'explica per la inconsistència dels marcs cognitius dominants en la societat i la deslegitimació de la institució. L'emergència de noves idees posa en dubte l'esquema cognitiu i pot portar a un canvi de paradigma. A més, els "vells" institucionalismes entenen que les normes i preferències que tenen els actors són fixes. En canvi, des del institucionalisme discursiu, els interessos i les normes són canviants ja que responen a interessos dels actors.

Börzel (2002) proposa resumir les grans conceptualitzacions sobre la relació entre la Unió Europea i els seus estats membres en dos processos: *bottom-up*, en el qual s'institucionalitza el sistema polític de la Unió Europea mitjançant la creació i consolidació d'institucions supranacionals, i *top-down*, quan penetren regles i normes europees en esferes domèstiques anteriorment diferenciades. Una de les definicions més articulades i utilitzades del concepte d'europeïtzació és la de Radaelli (2003). Per a ell, l'europeïtzació inclou: processos de construcció, difusió i institucionalització de regles formals i informals; procediments; paradigmes de política; estils o formes de fer les coses; valors i normes compartides que inicialment es defineixen i consoliden en el procés polític de la UE, i que, posteriorment, són incorporats en la

lògica del discurs; les estructures polítiques, i les polítiques públiques internes (estatals i subestatals). Radaelli també identifica quatre reaccions diferents dels estats davant dels canvis induïts per la UE. La primera és la inèrcia, que consisteix en una absència de canvi, té lloc quan l'adaptació és massa costosa per generar una reforma i es pot manifestar mitjançant resistències i retards en l'adaptació de normes i directives. La segona reacció és l'absorció, que indica el canvi com una adaptació; en aquest cas les estructures domèstiques i el llegat polític s'acomoden als requeriments i poden absorbir canvis no fonamentals mitjançant una combinació de resistència i flexibilitat, però mantenint el nucli d'objectius i l'entramat essencial de la política. La tercera és la transformació, que és similar al que Hall (1993) anomena "tercer ordre" de canvi; és a dir, un canvi de paradigma. I la quarta reacció davant dels canvis induïts per la UE, paradoxalment, pot ser una reducció d'uropeïtzació, en cas que la política nacional sigui menys europea que abans.

Les reaccions d'inèrcia i absorció, en part, es poden equiparar amb els dos primers ordres de canvi que identifica Hall. El primer nivell correspon a un canvi en la configuració dels instruments mentre que el segon nivell correspon a un canvi d'instruments. En els dos casos, els objectius de les polítiques públiques no es modifiquen. Així mateix, corresponen als escenaris *path stabilization* i a *path departure*, que destaca Ebbinghaus. Una adaptació marginal de la institució respon a canvis en l'entorn; mentre que una adaptació gradual amb una renovació parcial, o un redireccionament limitat, dels principis claus es dona quan els canvis en l'entorn són significants i els recursos per a l'adaptació suficients. Els canvis són graduals, s'acumulen al llarg del temps i finalment poden donar lloc a reorientacions importants. La gran majoria dels canvis es donen a nivell secundari perquè les creences són fàcilment ajustables en funció de les noves informacions i de les experiències passades. Per contra, el tercer nivell de canvi identificat per Hall correspondria al tercer resultat possible que descriu Radaelli com a "transformació" de les polítiques públiques quan se'n modifiquen els objectius, o al *path switching* assenyalat per Ebbinghaus.

Una part dels treballs sobre europeïtzació s'han dedicat a l'estudi del canvi domèstic. Bulmer i Radaelli (2003) descriuen un mecanisme de canvi en el procés d'europeïtzació que té a veure amb els paradigmes que produeix la UE i distingeix entre la integració positiva i la negativa. És interessant el cas de la integració positiva, que té lloc quan la UE prescriu l'adopció d'un model determinat en certes àrees polítiques. En aquest cas, els estats membres s'han d'adequar al model supranacional. Aquesta "pressió per a l'adaptació" passa pels mecanismes de coerció i de mimetisme. Llavors la difusió de les polítiques públiques europees exerceix una pressió normativa sobre els estats membres per substituir els seus paradigmes pel paradigma definit per la UE. Aquest mecanisme opera quan la UE utilitza instruments *hard* de polítiques públiques a través de reglaments i directives. En canvi, existeixen altres mecanismes *soft* quan no es basen en instruments legislatius o en una coerció directa de Brussel·les. Fins i tot, moltes vegades no hi ha pressió per adaptar-se; sinó, al contrari, els estats utilitzen els canvis europeus com a excusa per incentivar canvis domèstics que ja estaven impulsant.

Un altre dels aspectes més debatuts sobre l'uropeïtzació és el canvi que es produeix com a conseqüència de la transferència de sobirania cap a dalt i l'execució de legislació cap a baix. Segons Hooghe i Marks (2001), la fragmentació de l'estat en múltiples unitats subnacionals, juntament amb la integració dels estats en organitzacions intergovernamentals o supranacionals, provoca un repartiment vertical del poder entre múltiples nivells de govern, i un repartiment horitzontal entre múltiples actors. L'estat és desafiat des de dalt, des de baix i des dels costats (Loughlin, 2007); des de dalt, l'estat és desafiat per la integració i la globalització. Des dels costats, l'estat és erosionat pel nou paper de la societat civil al segle XXI. Des de baix, l'estat està experimentant una gran mobilitat subnacional. En aquest sentit, l'emergència d'un "nou regionalisme" té l'origen en una pèrdua de centralitat de l'estat davant dels desafiaments de la globalització i l'aparició de nous espais de govern i governança, tant a nivell nacional com supranacional i subnacional.

10.3. Les idees i els discursos a les lleis autonòmiques de SS

En aquest apartat es presenta una seqüència d'alguns marcs interpretatius en les lleis autonòmiques de serveis socials (SS) des de la transició democràtica fins a l'any 2008. Es procedeix mitjançant l'anàlisi longitudinal de tres marcs interpretatius que van des de l'universalisme genèric de les primeres lleis, fins a un discurs recent sobre els drets subjectius, passant per un període intermedi (de principis dels noranta a principis dels dos mil) en què emergeix la ideologia neoliberal (vegeu Annexos 1 i 2).

10.3.1. Marc interpretatiu 1: universalisme i responsabilitat pública (1982-1992)

Entre 1982 i 1992, tots els governs autonòmics desenvolupen les primeres lleis de SS, emparats en la competència "exclusiva" que permet l'art. 148.1. 20è de la Constitució espanyola. L'eix comú en el discurs d'aquestes primeres lleis és "l'estatalització" dels SS a través de les idees-eix d'universalisme i responsabilitat pública. El principi d'igualtat i universalitat implica que els SS han d'anar adreçats a tots els ciutadans amb el reconeixement que tots ells tenen dret al benestar social. La finalitat de l'aplicació d'aquest principi d'universalitat és evitar l'estigmatització a què estaven sotmesos determinats grups de població als quals s'adreçaven els serveis assistencials. L'universalisme es proposava com la contestació teòrica i ideològica a la beneficiència i l'assistencialisme que caracteritzava l'època franquista (Roldán i García, 2006). El principi de responsabilitat pública implica que les administracions públiques s'han de comprometre a la prestació de SS, facilitant i dotant la comunitat dels recursos financers, tècnics i institucionals necessaris. La responsabilitat i finançament públic es conceben com la solució a un sistema benèfic i residual en el

qual tenien preeminència les organitzacions altruistes d'assistència tradicional (Caritas, Creu Roja, ONCE); o sigui, la pretenció "d'un sistema públic estricte, amb disciplina dura per a les entitats voluntàries i excloent les mercantils" (Casado, 2007: 136).

El dret als serveis socials no apareix reflectit a la Constitució de forma explícita, encara que sí indirectament. La llei de Bases del Règim Local (7/1985) tampoc no aclareix el reconeixement i la responsabilitat dels drets socials. Si bé estipula que la prestació dels SS i de reinserció social és competència municipal i obligatòria per als municipis de més de 20.000 habitants, no concreta en què consisteixen aquests serveis. Així, les primeres lleis de SS enuncien aspiracions generals, però no garanteixen el dret; tampoc no es fa efectiu el mecanisme per reclamar i fer efectiu l'exercici del dret, i no hi ha previsió i compromís per dotar als sistemes de recursos econòmics i humans. La descentralització continguda a la Constitució espanyola de 1978 i desplegada pels estatuts d'autonomia, però va afectar l'organització institucional per al desenvolupament d'aquesta política i ha contribuït a conformar en realitat un mosaic de 17 sistemes amb greus dificultats per una coordinació formal entre CA i Estat, i amb desigualtats territorials inter i intraautonòmiques.

10.3.2. Marc interpretatiu 2: privatització i altruisme (1993-2003)

L'any després d'acabar el període de promulgació de les primeres lleis, s'inicia per part de Galícia el 1993, un procés de reforma cap a un model més liberal a través de canvis incrementals que s'estén fins avui dia. No hi ha acord entre els especialistes sobre si són segones lleis, o lleis de segona generació. L'apogeu i la consolidació progressiva de la ideologia neoliberal al govern de l'economia (un canvi de paradigma del keynesià al monetarista, segons Hall, 1993) també va tenir lloc en la reorientació dels serveis socials a través dels marcs discursius de privatització i voluntariat social (ONG). Les segones lleis, de forma irregular però progressiva, introdueixen canvis que tendeixen a la liberalització i privatització dels SS a les CA. Es va produint un reconeixement exprés de la presència de la iniciativa privada lucrativa i integració d'aquesta al sistema, com també el reconeixement del voluntariat social (vegeu Annexos 1 i 2) organitzat al voltant de l'anomenat Tercer Sector. Amb la iniciativa mercantil s'estableix un sistema de concerts per a la prestació de serveis (assistència domiciliària, residències per a la tercera edat...). En algunes CA es transfereixen recursos monetaris directament als usuaris mitjançant la figura del xec-servei, i guanya terreny la idea de la participació dels usuaris al finançament del cost dels serveis.

10.3.3. Marc interpretatiu 3: subjectivació de drets i copagament (2003-2008)

Les noves lleis de SS, especialment les que s'han reformat a partir de l'any 2000, pròpiament una segona generació (La Rioja, 2002; Astúries, 2003; Madrid, 2003; Múrcia, 2003; Catalunya, 2006; Navarra, 2006; Cantàbria, 2007; País Basc, 2008; Galícia, 2008) (vegeu Annexos 2), comencen a esbossar un discurs al voltant del

marc dels drets subjectius, probablement influïdes pels plantejaments que les instàncies europees han estat formulant a partir del Consell Europeu de Niça l'any 2000 i en ocasió del desenvolupament de la "quarta pota de l'estat del benestar" a Espanya. Es comença a concretar el dret subjectiu mitjançant la garantia de les prestacions a detallar en les anomenades carteres de serveis. També s'està refermant la garantia jurídica de l'accés universal especialment a les prestacions tècniques o bàsiques. En alguns casos, com a Catalunya (2006), s'ha individualitzat el dret, de manera que a la comprovació de mitjans només es tenen en compte els recursos de la persona, no de la unitat familiar. Simultàniament, també s'està explicant en aquestes lleis un conjunt de drets i deures dels usuaris, cosa absent en la primera generació. Es pot destacar entre les innovacions (Alemán i García, 2005: 50-51) el dret a una informació suficient i veraç sobre les prestacions i recursos, a participar en la presa de decisions que els afectin, i a elegir lliurement el tipus de mesures i recursos que s'han d'aplicar. I entre les obligacions, s'inclouen: destinar les prestacions rebudes per a la finalitat que es van concedir; comprometre's a participar activament en el procés de millora, autonomia i inserció social; acudir a les entrevistes amb els professionals, i realitzar les activitats indicades del procés d'integració social. D'altra banda, es reforça la idea de la participació dels usuaris en el finançament dels serveis, no mitjançant impostos, sinó a través d'un copagament individualitzat, per a la regulació dels quals s'establirà un mòdul que aportarà l'administració i un complement a càrrec de l'usuari, per al qual es tindran en compte els seus ingressos i el seu patrimoni. Algunes de les lleis anticipen un canvi d'instruments per enfortir una tendència cap a les transferències monetàries, abans que al desenvolupament dels serveis. La llei valenciana (1997) ja es refereix al bonus-residència per a la tercera edat i discapacitats, i la llei madrilenya (2003) es fa referència al xec-servei com a "modalitat de prestació econòmica atorgada a persones o a famílies perquè atenguin el pagament de centres o serveis que hagin estat indicats per respondre amb idoneïtat a la seva situació" (art. 17,e).

10.4. **Les idees i el discurs de la UE sobre la pobresa, la inserció i la inclusió. La reacció d'Espanya**

En aquest apartat es fa una anàlisi del discurs sobre la pobresa i l'exclusió social a la UE i la reacció d'Espanya. S'estudia la seqüència de creences i significats dels programes de la lluita contra la pobresa des de la segona meitat dels vuitanta, fins al discurs contemporani sobre l'activació laboral. Es considera la successió de tres marcs interpretatius que il·lustren l'emergència, consolidació i revisió del paradigma neoliberal: presència retòrica de la pobresa i l'exclusió (fins a mitjans dels noranta), complementarietat d'objectius creixement-ocupació-cohesió (durant la dècada següent), i reorientació del discurs des d'idees proteccionistes a productivistes mitjançant l'eslògan de l'activació, més recentment.

A Espanya el discurs sobre la pobresa entra a l'agenda política i s'institucionalitza com a "última malla de seguretat", a través de les rendes mínimes d'inserció (RMI) des dels governs autonòmics (1989-1995). Progressivament el marc "lluita contra la pobresa" es vincula al "marc dret a la inclusió social" des de principis de l'any 2000, amb la presentació dels plans nacionals d'acció per a la inclusió social (PNAIn) i la seva rèplica a les CA (PAI). Progressivament, des de l'any 2000, les polítiques de protecció social giren entorn a les polítiques actives d'ocupació; el "marc de la inclusió" es reinterpreta com a "activació", és a dir, fer que treballar sigui rendible (*making work pay*).

10.4.1. Marc interpretatiu 4: pobresa i dret a la inserció (1975-1996)

En el camp de la pobresa la UE ha dut a terme tres programes-marc d'acció comunitària entre 1975 i 1994. De 1975 a 1979 va tenir lloc Pobresa (I), i el seu principal interès va ser difondre i conèixer millor la pobresa a partir d'estudis als països de la CE. Des de 1979 fins a 1984, no hi va haver accions. Entre 1985 i 89 es va desenvolupar Pobresa (II). El mateix any 1989 es va aprovar Pobresa (III) (fins el 1994), amb propostes per a la realització de projectes de gran càrrega innovadora. Es va abandonar la idea dels col·lectius específics i es va posar l'accent en tres dimensions: la pluridimensionalitat de la pobresa, la participació dels menys afavorits i el partenariat (participació d'agents socials, polítics i econòmics). En el curs del programa es va transitar del concepte de pobresa cap al d'exclusió social. De manera simultània a Pobresa (III) es va produir una intensa activitat entorn de les rendes mínimes. El Parlament Europeu va recomanar el 1988 l'establiment de rendes mínimes garantides a tots els països de la CE. Per la seva banda, el Consell de les CE també va aprovar el 1992 la recomanació d'establir RMI a tots els països comunitaris.

Les actuacions europees de lluita contra la pobresa i l'exclusió social s'han concretat en diferents mesures i programes als diversos països membres. En el cas espanyol, el discurs europeu té la seva expressió en la posada en funcionament de l'anomenat Programa per a situacions de necessitat, creat el 1987, per adaptar-se a Pobresa (II). Posteriorment, el 1989 Espanya va incloure també accions de Pobresa (III) i amb el canvi de dècada es van introduir dues polítiques que han suposat l'accés a una protecció mínima per a una part significativa de la població. El 1990 la Llei de prestacions no contributives de la Seguretat Social (26/1990) va posar en marxa un sistema de pensions per a gent gran i minusvàlids en situacions de necessitat provada que no accedien a la Seguretat Social contributiva. En aquest mateix període, les CA van elaborar i van implementar els programes regionals de RMI dirigits a la lluita contra la pobresa i l'exclusió social (vegeu Annex 1). L'impuls d'una bona part d'aquests programes autonòmics ve dels mateixos governs regionals com a resultat de l'acció combinada de polítics i tècnics. En alguns casos, el factor impulsor d'aquests programes va ser la pressió exercida pels partits de l'oposició en els parlaments regionals. Una tercera via d'impuls polític va ser la mobilització de les seccions regionals dels sindicats principals, CCOO i UGT, (a causa de fractura de la negociació col·lectiva a escala central i obertura de la regional) i en algunes CA el suport d'ONG com Caritas (Arriba, 2002).

Els esquemes de RMI formen part de “l’última malla de seguretat” (*safety net*) com a conjunt de drets econòmics, polítics i socials que proveeixen un mínim de recursos i mitjans per a la subsistència i inserció als ciutadans que no poden generar-los per si mateixos (Moreno, 2002: 29). A Espanya les RMI tenen un paper residual i subsidiari respecte d’altres esquemes de protecció de la Seguretat Social. La implantació dels sistemes de rendes mínimes adoptats per les diferents CA, tot i comptar amb elements comuns en aspectes normatius i de concessió, han donat lloc a un mosaic complex de denominacions, continguts, estratègies, recursos i resultats. Després d’un primer període d’implementació (1989-1995), algunes CA han dut a terme reformes, reestructuracions i fins i tot refundacions dels programes, mentre que d’altres han quedat inalterades (vegeu Annex 2). Les iniciatives d’interès han tingut lloc en alguns dels programes que estaven més desenvolupats en els noranta. Tanmateix resulta impossible deduir l’existència de pautes de canvi comunes. Ayala (2000) ha estudiat aquestes modificacions posant-les en relació amb els canvis en l’ocupació, els canvis demogràfics i els canvis institucionals de les pròpies polítiques de rendes mínimes, sense aconseguir establir una relació significativa.

En aquest període, sembla que els diferents programes de rendes mínimes han incrementat les diferències (Laparra, 2004). On sí que es detecten tendències comunes és en la introducció de criteris d’activació en els sistemes d’assistència social. Una orientació gradual cap a l’activació de les polítiques i programes als quals pot accedir-hi la població en situació potencialment activa: reforç de l’orientació a la inserció en els programes autonòmics de renda mínima, introducció de criteris restrictius d’accés a prestacions i subsidis, i transformacions de polítiques de mercat de treball (per exemple la renda activa d’inserció). D’aquesta forma, la relació entre treball i assistència s’ha convertit en l’assumpte central de l’agenda política, transformant discursivament “l’última xarxa de protecció en un trampolí cap a l’ocupació”. La qüestió central en els debats no és la pobresa sinó la inclusió social (Aust i Arriba, 2006).

10.4.2. Marc interpretatiu 5: creixement, ocupació i cohesió social (1997-2005)

Amb la firma del Tractat d’Amsterdam de 1997, que va incorporar el protocol social, i la Cimera de Luxemburg del mateix any, que establia una Estratègia europea sobre l’ocupació, la situació va començar a canviar. El desenvolupament més important en la política social europea parteix de la Cimera de Lisboa el març de l’any 2000, on els caps d’estat i de govern van reconèixer la importància de prendre mesures concretes per fomentar la cohesió social a Europa. L’anomenada Estratègia de Lisboa es basa en una profunda relació entre el triangle: desenvolupament econòmic, ocupació i cohesió social i va mostrar gran optimisme en fixar com a meta l’eradicació de la pobresa el 2010. A la Cimera de Lisboa també es va crear el Mètode Obert de Coordinació, que fixa el paper de la Comissió i dels estats membres. A la primera, li atorga una funció d’estímul, coordinació i potenciació dels intercanvis i determina per als segons la plena responsabilitat en la lluita contra la pobresa i l’exclusió. Aquest mètode de coordi-

nació queda assegurat per un alt comitè, amb la creació d'un programa d'acció comunitari, amb els plans nacionals d'acció per a la inclusió, i l'aplicació dels indicadors acordats a la Cimera de Laeken.

Des de l'aprovació en les cimeres de Lisboa i Niça l'any 2000 del Mètode Obert de Coordinació com a instrument de coordinació a escala europea de la política social desenvolupada a escala nacional, el regne d'Espanya, en el marc de l'Estratègia europea d'inclusió, ha elaborat el Pla Nacional d'Acció per a la Inclusió Social 2001-2003 (PNAIn-I), el (PNAIn-II) 2003-2005, el (PNAIn-III) 2005-2006, el (PNAIn-IV) 2006-2008 i el (PNAIn-V) 2008-2010, estructurats entorn dels objectius comuns prèviament establerts al marc esmentat. En compliment de les línies prioritàries establertes pel Mètode Obert de Coordinació, el PNAIn-II (2003-2005) va avançar en la coordinació amb les mesures corresponents del Pla Nacional d'Acció per a l'Ocupació en els aspectes següents: en l'establiment de plans autonòmics d'inclusió social (PAIn), en la incentivació de la participació de les persones afectades, i en el plantejament d'una atenció integral i coordinada a grups i persones vulnerables, posant èmfasi en la destinada a immigrants, infantesa, dona i minories ètniques; a més de l'enfocament de gènere com un principi transversal. Respecte als PNAIn-I i PNAIn-II, després de presentar-los, la Comissió va realitzar informes conjunts (2001) i (2004), en els quals es constata la insistència en l'ocupació i en les anomenades polítiques actives en el conjunt de la protecció social, en les polítiques sectorials (educació, salut, habitatge) i en alguns col·lectius com la població infantil, els immigrants i les minories ètniques. Els dos PNAIn reconeixen que el sistema actual de descentralització territorial atorga competències àmplies a les CA en matèries importants per combatre la pobresa i l'exclusió, i que els ajuntaments hi tenen funcions de gestió.

10.4.3. Marc interpretatiu 6: creixement, ocupació i governança (2005-2008)

El novembre de 2004, es va presentar un informe encarregat per la Comissió Europea a un grup d'alt nivell sobre els reptes de la Unió, en el qual el creixement i l'ocupació s'establien com les línies de futur de la revisió de l'Agenda de Lisboa. Tot just uns mesos després, el febrer de 2005, la Comissió Europea va decidir dur a terme un procés de revisió de l'Estratègia de Lisboa a causa dels escassos progressos. Es va publicar, llavors, una comunicació del president de la Comissió titulada "Treballant junts per al creixement i l'ocupació – Rellançament de l'Estratègia de Lisboa" també coneguda com a "Informe Barroso". S'hi estableixen dues prioritats: el creixement econòmic i la creació d'ocupació, i s'entén que tant la inclusió social com la cohesió social són conseqüències del creixement econòmic. L'Estratègia de Lisboa renovada preveu no solament el compliment d'una nova agenda social europea (2005-2010) sinó també l'establiment de nous indicadors i nous objectius. Si bé l'any 2000, els eixos eren el creixement, l'ocupació i la cohesió social, la nova agenda social desenvolupa una estratègia al voltant del creixement i l'ocupació i, de manera complementària, la governança. L'informe conjunt sobre inclusió i protecció social de 2006 és el primer que unifica el diagnòstic i les propostes. Per la Comissió el foment de la inclu-

sió social es vincula a la consecució de les prioritats de l'ocupació i en les anomenades polítiques actives (en el conjunt de la protecció social), en les polítiques sectorials (educació, salut, habitatge) i en alguns col·lectius com la població infantil i les minories ètniques.

Des de finals dels 90 i principis de l'any 2000, la majoria de governs autonòmics han promogut plans d'inclusió social per lluitar contra la pobresa i l'exclusió social als seus territoris (vegeu Annex 2). En 14 de les 17 CA s'ha aprovat com a mínim un pla d'inclusió social. Les CA que van prendre la iniciativa van ser La Rioja, Castella-la Manxa, Navarra i les Canàries, que van aprovar plans abans de la Cimera de Lisboa de 2000 i l'establiment del Mètode Obert de Coordinació. La següent onada de plans es va aprovar entre els anys 2001-2004, coincidint amb la presentació dels primers PNAIn sota el marc de l'Estratègia europea d'inclusió social (Andalusia, Aragó, Castella i Lleó, Catalunya, Galícia, País Basc, Madrid i Comunitat Valenciana). L'última onada de plans es va aprovar després de la revisió i relançament de l'Estratègia europea de Lisboa (Astúries, Extremadura). En altres CA com les Balears, Cantàbria o Múrcia, no s'ha executat cap pla. Tanmateix a totes les CA existeixen polítiques impulsades pels governs autònoms amb l'objectiu dels quals és reduir la pobresa i l'exclusió social.

Renes, Lorenzo i Chahin (2007: 80-81) presenten una matriu d'aspectes temàtics i actors implicats en els PAIn. Temes com l'ocupació (a 11 CA), la salut (11), l'educació (11), l'atenció a col·lectius vulnerables (8), les RMI (11), els Serveis Socials (6), l'habitatge (11), la família (5) i les noves tecnologies de la informació (en 4 CA); en formen part. Estan implicades en els PAIn de Galícia i Madrid altres conselleries i corporacions locals; en els de Castella-la Manxa i Comunitat Valenciana, corporacions locals i agents socials, i en els d'Andalusia, Castella i Lleó, Catalunya i Extremadura, altres conselleries, corporacions locals i agents socials. Novament es constata l'heterogeneïtat dels plans en les diferents CA tant pel que fa a aspectes temàtics com a actors implicats.

10.5. Discussió i conclusions

Un canvi de paradigma de política implica la substitució d'una carcassa interpretativa de la naturalesa dels problemes, els objectius de la política i els instruments per resoldre'ls, per una altra de diferent. Si es comparen les idees que orientaven els grans objectius de les primeres lleis autonòmiques de SS, com també els instruments i tècniques que calia aplicar en aquell context amb la carcassa contemporània, es pot parlar d'un canvi de paradigma. En efecte, els principis d'universalisme i responsabilitat pública proclamats a les lleis (en línia amb la concepció de ciutadania que expressa la Constitució de 1978 en relació amb un Estat social i democràtic de dret) i que són típics d'un estat del benestar keynesià, s'han substituït per selectivis-

me (grups de risc) i responsabilitat individual, típics d'un estat del benestar schumpeterià (Jessop, 2007). Tanmateix, la transició d'un paradigma a l'altre no s'ha fet per ruptura, sinó per reformes acumulatives que descarten les interpretacions reproductives del teorema del *path dependence*. Així doncs, encara que la història condiciona, però alhora, no determina el pas reactiu següent, es pot interpretar el canvi estructural en la política per acumulació de canvis i modificació del context. Es tracta d'una adaptació gradual amb renovació parcial de les institucions i readreçament dels principis, que es correspon amb l'escenari *path departure* d'Ebbinghaus (2005), i es pot equiparar al segon ordre de canvi proposat per Hall (1993).

El desenvolupament dels SS i AS no es pot entendre exclusivament per raons endògenes; és a dir, per requeriments de la política domèstica, sinó que cal tenir en compte la visió d'Espanya com a problema i d'Europa com a solució que va dominar en bona mesura el discurs polític durant diversos lustres després de la mort de Franco, al voltant del triangle democratització-modernització-europeïtzació (Powell, 2007). Certament, els processos que assenyalà Börzel (2002) *top-down* i *bottom-up* són clau per entendre el canvi institucional i l'emergència d'una estructura de poder multinivell (Hooghe i Marks, 2001), que implica un repartiment vertical entre múltiples nivells de govern, i un repartiment horitzontal del poder entre diversos actors.

Si bé les primeres lleis de SS (que van culminar el 1992) van inspirar-se en valors típics dels estats del benestar keynesians (especialment els del règim corporatiu-conservador), les seves reformes ho van fer al voltant d'una carcassa derivada del paradigma econòmic monetarista que, al voltant del principi de competitivitat (entre d'altres) donarà forma a l'anomenat estat del benestar schumpeterià. Des de principis dels 90 a Espanya la política de SS inicia un procés de reforma en el qual progressivament la legislació incorporarà primer nous instruments i després nous objectius; en tots dos casos a partir d'una reacció de l'Estat espanyol als canvis induïts per la Unió Europea, primer "d'absorció" i després de "transformació", tot això a través d'un procés *top-down* i en el marc d'una governança multinivell.

El canvi d'instruments (segon ordre de canvi de Hall, 1993, i escenari *path departure* d'Ebbinghaus, 2005) està relacionat amb l'abandonament de l'objectiu polític del monopoli públic en la prestació de serveis, i s'il·lustra en el reconeixement jurídic de les diverses formes de privatització mercantil, així com del recurs al voluntariat social. A aquest objectiu també respon la posada en marxa de "l'última malla de seguretat" (*safety net*), els programes de RMI. Amb aquests programes s'inicia una expansió institucional dels SS tradicionals cap a l'AS (gestió de transferències de rendes no contributives), i s'afegeix a un canvi d'objectiu més ampli de "recalibratge" de les polítiques contributives-passives cap a les assistencials-actives.

El concepte d'europeïtzació de Radaelli és útil per explicar el procés de dalt a baix assenyalat per Börzel; la penetració de normes i regles europees en la lògica del discurs, les estructures polítiques i les polítiques públiques internes (estatals i subestatals). L'europeïtzació de la política de SS i AS a Espanya s'ha realitzat a partir d'un

procés de persuasió i aprenentatge social d'estructures cognitives i normatives, a través de mecanismes *soft* en no basar-se en instruments legislatius, com reglaments i directives o una coerció directa de Brussel·les (a diferència, per exemple, de les sancions que comporta l'incompliment dels criteris de convergència monetària establerts a Maastricht que opera amb mecanismes *hard*). La incorporació de marcs interpretatius com ara la gravetat de la pobresa, el dret a la inserció o la cohesió social, provenen de pressions europees. En termes de Radaelli, la reacció de l'Estat espanyol a les pressions procedents de la UE ha estat primer "d'absorció", mitjançant una combinació de resistència i flexibilitat, que estaria marcada per la reforma de les primeres lleis de SS i la posada en funcionament de les RMI, i després una reacció de "transformació", un canvi d'objectius progressiu des de la lluita contra la pobresa cap a la inclusió social i "l'activació". Això, segons Castel (2002), significa un gran canvi per a aquesta política, que aniria des de l'atenció tradicional als marginats per part dels SS, a la gestió de la no-ocupació.

La governança multinivell com a característica de l'europeïtzació és posterior al procés constituent pel que fa a la descentralització autonòmica. Durant la transició la idea d'una Espanya integrada a Europa, sobretot des de la perspectiva dels nacionalismes basc i català, suposava una cessió de "competències cap a baix", a les CA, i alhora "cap a dalt", a Brussel·les, la qual cosa faria disminuir notablement el pes de l'Estat (Quintanilla, 2001; citat per Powel, 2007: 55). El procés de dalt a baix *top-down* és rellevant per entendre el canvi de paradigma en els SS i l'AS i la seva relació amb una estructura de poder multinivell. Des de la instauració del Mètode Obert de Coordinació en la Cimera de Lisboa el març del 2000, que reforçava el vell principi de subsidiarietat, la política social queda a les mans dels estats membres; mentre que la Comissió Europea queda reduïda a un paper d'estímul, coordinació i potenciació d'aprenentatge mutu, però amb mecanismes de coerció i sanció escassos. L'instrument que millor ho il·lustra són els Plans Nacionals d'Acció per a la Inclusió Social (PNAin), i sobretot la seva implementació a escala autonòmica i local. En ells s'observa que un repartiment vertical dels nivells de govern pot conduir a una certa desresponsabilització europea, estatal i regional, transferida als municipis; mentre que un repartiment horitzontal del poder possibilita una finestra d'oportunitats polítiques, tant d'actors mercantils com de la iniciativa social. Però a més, la governança multinivell afecta tant a diferents actors institucionals (conselleries, ajuntaments, diputacions) com a altres agents socials (organitzacions empresarials, sindicals, d'afectats, de voluntaris...).

Segons Radaelli, les estructures normatives i cognitives inclouen els valors, les normes i els discursos. Per una part, la transformació cognitiva pot canviar les preferències i el comportament dels polítics. De fet, el procés d'europeïtzació està relacionat amb discursos, mapes cognitius, marcs normatius i estils que constitueixen el context en el qual els actors intervenen. Al seu torn, Schmidt sosté que el canvi institucional pot ocórrer després d'un canvi cognitiu o normatiu en els valors o les creences dels actors, o sigui que l'emergència de noves idees posa en dubte el marc cognitiu previ i pot portar a un canvi de paradigma. Ara bé, perquè un factor actuï per mitjà

d'un discurs, cal un estat de coses, determinades condicions, que possibilitin l'acció causal d'aquest factor, les idees. Segons aquests autors, les idees serien el factor causal del canvi institucional, mentre que els discursos serien el mecanisme per mitjà del qual es produeix el canvi.

Els sis marcs interpretatius que s'han assenyalat respecte a les idees i els discursos que contenen les lleis de SS i AS, descriuen un procés de reforma en aquesta política i s'ubiquen en un context caracteritzat per la transició de les societats fordistes a les postfordistes, amb l'aparició de nous riscos socials i amb el canvi del "mode de regulació" que això comporta. Més Europa i menys Espanya, que reivindiquen els nous regionalismes; més mercat i menys Estat, que reivindiquen les noves idees cognitives (les que defineixen els problemes, les solucions i els instruments), i una situació d'austeritat fiscal permanent, constaten el canvi de paradigma. El canvi esmentat procedeix de la conjugació de factors endògens (estructura institucional domèstica) i exògens (europeïtzació), que haurien provocat l'emergència de nous actors (subnacionals i supranacionals, institucionals i extrainstitucionals, públics i privats) portadors de nous interessos, idees normatives (receptes per a l'acció política) i discursos.

En resum, en la política de SS i AS es poden distingir tres cicles de desenvolupament que mostren la transició de les aspiracions a un model d'estat del benestar keynesià a un altre de tipus schumpeterià al voltant del *work-fare state*. El primer cicle va des de la transició democràtica fins a mitjan anys noranta, el segon entre mitjan anys noranta i principi dels dos mil, i el tercer des de llavors fins a 2008.

Les primeres lleis de SS (1982-92) tenien com a objectiu la universalització i responsabilitat pública i, encara que no van culminar el seu desenvolupament, van significar una important institucionalització d'aquesta política (si bé van continuar operant en clau assistencialista, tenint en compte la inexistència d'un dret subjectiu). Els instruments per aconseguir-los eren fonamentalment públics a través d'una xarxa institucional formada per conselleries, regidories i centres de SS; i el discurs estava fortament influït per l'esquema cognitiu de tècnics i treballadores de SS. Les conseqüències del canvi de paradigma econòmic (del keynesianisme al monetarisme), especialment la desocupació, i l'accés d'Espanya a la Comunitat Europea el 1986, van facilitar que una altra de les conseqüències, la pobresa, entrés a l'escenari cognitiu. Entre (1989-95) es van aprobar lleis de RMI a totes les CA; els objectius d'universalitat i responsabilitat pública que declaraven les lleis de SS es van mantenir, igual que els instruments, ja que es van canalitzar a través de la xarxa institucional i també eren assistencialistes. Però es van modificar els actors: les recomanacions de les institucions europees, els sindicats, Caritas, i els partits opositors als parlaments regionals van ser els principals impulsors. El discurs dels actors girava al voltant del dret a la inserció en un doble sentit: procurar subsistència i inserció sociolaboral.

El segon cicle de la política de SS i AS és de transició d'un paradigma a l'altre i va des de mitjan anys noranta a principis dels dos mil. En aquest període es va produir una

adaptació gradual amb renovació parcial de les institucions i readreçament dels principis (*path departure*). Com també un canvi d'instruments (segon ordre de canvi) i una reacció adaptativa als canvis induïts per la UE en forma "d'absorció". En les reformes de les lleis autonòmiques de SS s'observa un trànsit des dels objectius d'universalisme i responsabilitat pública cap als de privatització i altruisme, mentre que les RMI sofreixen una "travessia del desert". Els instruments deixen de ser exclusivament públics, ja que es reconeix la presència de la iniciativa privada lucrativa i es deleguen funcions de prestació de serveis al Tercer Sector (en aquest període 14 de les 17 CA aproven lleis de voluntariat social). L'emergència de nous actors s'explica per la potència substantiva i comunicativa per promoure un canvi de marc cognitiu que es pot resumir en menys estat, més mercat i més societal civil (voluntariat). Les crítiques als monopolis dels serveis públics de l'estat del benestar van donar pas a la societat del benestar amb nous imaginaris sobre el que han de ser i com han d'actuar les administracions públiques. Hi va contribuir, o se'n va aprofitar, l'anomenada Estratègia de Lisboa, basada en el creixement econòmic, l'ocupació i com a conseqüència, la cohesió social. Les polítiques assistencials com les RMI (adscrietes a l'Estratègia Europea d'Inclusió Social) es vinculen amb les polítiques laborals d'ocupació i, al seu torn, la laxitud en el compliment d'objectius que possibilita el Mètode Obert de Coordinació ha fet possible la producció de plans nacionals per a la inclusió social que atorguen una enorme discrecionalitat als estats membres i a les institucions subnacionals.

A l'últim cicle, des de principis dels dos mil fins a 2008, es consolida el canvi de paradigma. Les noves lleis de SS avancen en un doble sentit, subjectivació de drets i aportació econòmica dels beneficiaris, alhora que es consolida la presència de la iniciativa privada mercantil i altruista. Les RMI avancen en la incorporació diferenciada del dret a la prestació econòmica i d'actuacions adreçades a la integració laboral, mentre s'aprofundeix el vincle amb les polítiques d'ocupació, especialment a escala local. Durant aquest període, han cessat les herències universalistes i de responsabilitat pública (*path cessation*), han canviat els instruments i els objectius, i per tant els discursos ("tercer ordre de canvi") i ha cessat la resistència als canvis induïts per la UE ("transformació de la política"). En la política de SS i AS s'observa l'aprofundiment dels drets de ciutadania; la subjectivació de drets és important perquè suposa la possibilitat d'aconseguir la vella aspiració de l'estat del benestar keynesià, de blindar un mínim de subsistència garantit per llei, procés molt dilatat als països del sud d'Europa com a conseqüència de l'estès "familisme". Tanmateix, tant el sistema de finançament dels nous drets, que es realitza mitjançant un copagament del beneficiari en funció de la seva renda i patrimoni (i no mitjançant impostos generals), com l'opció pels xecs de diferent tipus (en lloc de promoure serveis públics), exemplifiquen el canvi de paradigma. En aquest període la UE ha revisat l'Estratègia de Lisboa, però malgrat la persistència de la pobresa i l'exclusió, les seves orientacions s'adrecen més aviat a la fusió de l'Estratègia europea d'ocupació amb l'Estratègia europea d'inclusió social, mitjançant en concepte d'"activació", per fer que el fet de treballar sigui rendible (*making work pay*).

10.6. Bibliografia

- Adelantado, J.; Gomà, R., "Las políticas sociales: entre el Estado del Bienestar y el capitalismo global", a Francesc Morata (ed.), *Políticas públicas en la Unión Europea*, Barcelona: Ariel, 2000, p. 189-214.
- Alemán, C.; García Serrano, M., *Servicios Sociales Sectoriales*, Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces, 2005.
- Arriba, A., "Procesos de implantación de políticas de Rentas Mínimas de Inserción en España", a Moreno, L. (ed.), *Pobreza y exclusión: la "Malla de seguridad" en España*, Madrid: CSIC, 2002, p. 175-220.
- , "Las reformas de la protección social frente a la pobreza: Asistencia social y garantía de mínimos", a Rodríguez Cabrero; Arriba; Marbán; Salido, *Actores Sociales y reformas del bienestar*, Madrid: CSIC-UPC, 2006, p. 115-143.
- Aust, A.; Arriba, A., "Towards Activation? Social Assistance Reforms and Discourses", a Taylor-Gooby (ed.), *Ideas and Welfare State Reform in Western Europe*, Nova York: Palgrave-Macmillan, 2006, p. 100-123.
- Ayala, L., "Las Rentas Mínimas en el Estado de Bienestar Español", a Muñoz de Bustillo (ed.), *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo. Una perspectiva comparada*, Madrid: Alianza, 2000.
- Börzel, T. A., "Pace-Setting, Foot-Dragging and Fence-Sitting: Member State Responses to Europeanization", *Journal of Common Market Studies*, vol. 40, núm. 2, 2002, p. 193-214.
- Bulmer, S.; Radaelli, C. M., "The Europeanization of National Policy", a Bulmer, Simon; Lequesne (ed.), *The Member States of the European Union*, Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Casado, D., "La rama de los servicios sociales", a Casado; Fantova (coord.), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid: Caritas Española Editores i Fundación FOESSA, 2007, p. 101-145.
- Castel, R., "Du travail social à la gestion du non-travail", a Claudine Leleux (ed.), *L'assistant social entre aide et contrôle social*, Brussel-les: IESSID, 2002 p. 167-192.
- Ebbinghaus, B., "Can Path Dependence Explain Institutional Change? Two Approaches Applied to Welfare State Reform", *Max Planck Institute for the Study of Societies*, Discussion Paper 05/2, 2005.
- Estivill, J., "¿Hacia una estrategia europea? Los planes nacionales de inclusión social", Vidal (ed.), *V Informe FUHEM: Exclusión Social y Estado de Bienestar en España*, Madrid: Icaria-FUHEM, 2006, p. 107-124.
- Featherstone, K., "Introduction: In the Name of «Europe»", a Featherstone i Radaelli (eds.), *The Politics of Europeanization*, Oxford: Oxford University Press, 2003, p. 3-26.

- Guillén, E.; Vilà, A., "Los cambios legislativos recientes en materia de servicios sociales", a Casado i Fantova (coord.), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid: Caritas Española Editores i Fundación FOESSA, 2007, p. 147-175.
- Hall, P., "Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain", *Comparative Politics*, vol. 25, núm. 3 (abril, 1993), p. 275-296.
- Hooghe, L.; Marks, G., *Multilevel Governance and European Integration*, Langham: Rowman and Littlefield, 2001.
- Jessop, B., "Critical Semiotic Analysis and Cultural Political Economy", a *Critical Discourse Studies*, vol. 1, 2004, p. 159-174.
- b, *State Power: A Strategic-Relational Approach*, London: Polity, 2007.
- Laparra, M., "La travesía del desierto de las rentas mínimas en España", *Documentación Social*, núm. 135, 2004, p. 57-76.
- Loughlin, J., "Reconfiguring the State: Trends in Territorial Governance in European States", a *Regional and Federal Studies*, vol. 17, núm. 4, 2007, p. 385-403.
- Mahoney, J., "Path Dependence in Historical Sociology", a *Theory and Society*, vol. 29, núm. 4, 2000, p. 507-548.
- Moreno, L., "Estados del bienestar y «Mallas de seguridad»", a Moreno, L. (ed.), *Pobreza y exclusión: la «Malla de seguridad» en España*, Madrid: CSIC, 2002, p. 17-50.
- Olsen, J. P., "The Many Faces of Europeanization", a *Journal of Common Market Studies*, vol. 40, núm 5, 2002, p. 921-52.
- Pierson, P., "Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies", a Pierson (ed.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford: Oxford University Press, 2001, p. 410-456.
- Powell, C. T., "La larga marcha hacia Europa: España y la Comunidad Europea (1957-1986)", a Morata; Mateo (ed.), *España en Europa-Europa en España (1986-2006)*, Barcelona: Fundación CIDOB, 2007, p. 41-67.
- Radaelli, C. M., "The Europeanization of Public Policy", a Featherstone; Claudio M.; Radaelli (ed.), *The Politics of Europeanization*, Oxford: Oxford University Press, 2003, p. 27-56.
- Renes, V.; Lorenzo, F.; Chahin, A., *Poniendo en práctica la Estrategia Europea para la Inclusión Social. Del plano europeo al plano local*, Fundación Luis Vives, Cuaderno europeo 4, 2007.
- Risse, T.; Cowles, M. G.; Caporaso, J., "Europeanization and Domestic Change: Introduction", a Cowles; Caporaso; Risse (ed.), *Transforming Europe. Europeanization and Domestic Change*, Ithaca: Cornell University Press, 2001, p. 1-20.

Roldán García, E.; García Giráldez, T., *Políticas de Servicios Sociales*, Madrid: Síntesis, 2006.

Schmidt, V. A., "Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse", *Annual Review of Political Science*, núm. 11, 2008, p. 303-26.

Snow, D.; Benford, R., "Master Frames and Cycles of Protest", a Morris; Mueller (ed.), *Frontiers in Social Movement Theory*. New Haven: Yale University Press, 1992, p. 133-155.

Vink, M. P.; Graziano, P., "Challenges of a New Research Agenda", a Graziano i Vink (ed.), *Europeanization. New Research Agenda*, Nova York: Palgrave-macmillan, 2007, p. 3-20.

Taula 10.1. Annex 1

Producció legislativa de les CA sobre serveis socials, rendes mínimes d'inserció i voluntariat social (1982-1996)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Andalusia							SS(1)		RMI(1)						
Aragó						SS(1)					VOL(1)	RMI(1)			
Astúries						SS(1)			RMI(1)						
Balears						SS(1)								RMI(1)	
Canàries						SS(1)				RMI(1)					RMI(2)
Cantàbria								RMI(1)			SS(1)				RMI(2)
Castella-la Manxa					SS(1)				RMI(1)					VOL(1)	
Castella i Lleó							SS(1)		RMI(1)						
Catalunya				SS(1)					RMI(1)	VOL(1)			SS(2)		
Extremadura						SS(1)			RMI(1)						
Galícia						SS(1)				RMI(1)		SS(2)			
Madrid			SS(1)						RMI(1)				VOL(1)		
Múrcia				SS(1)						RMI(1)					
Navarra		SS(1)							RMI(1)						
P. Basc	SS(1)							RMI(1)							SS(2)
La Rioja									SS(1)						
Com. Valenciana								SS(1)	RMI(1)						
Ceuta															
Melilla															

Font: Elaboració pròpia.

Taula 10.2 Annex 2

Producció legislativa sobre serveis socials, rendes mínimes d'inserció, voluntariat social i plans autonòmics d'inclusió social (1997-2008)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalusia			RMI(2)		VOL(1)		PAIs(1)					
Aragó							RMI(2)		PAIs(1)			SS(PL2)
Astúries					VOL(1)		SS(2)			PAIs(1)		
Balears		VOL(1) RMI(2)										SS(PL2)
Canàries		VOL(1)	PAIs(1)									
Cantàbria				VOL(1)		RMI(3)					SS(2)	
Castella-la Manxa				RMI(2)		PAIs(2)			VOL(2)			
Castella i Lleó					RMI(2)			PAIs(1)				
Catalunya			RMI(2)				PAIs(1)			PAIs(2)	SS(3)	PAIs(2)
Extremadura			RMI(2)						PAIs(1)		PAIs(2)	SS(3)
Galícia				VOL(1)	PAIs(1) RMI(2)							
Madrid		RMI(2)				PAIs(1)	SS(2)			VOL(2)		
Múrcia			RMI(2)				SS(2)	VOL(1)				
Navarra		VOL(1) PAIs(1)		RMI(2)			RMI(3)			SS(2)		
P. Basc		VOL(1) PES(1)			RMI(2)		PAIs(1)				PAIs(2)	SS(3)
La Rioja		VOL(1) PAIs(1)				SS(2)						
Com. Valenciana	SS(2)				VOL(1)			PAIs(1)			SS(APL3)	
Ceuta												
Melilla						RMI(1)						

Font: Elaboració pròpia.

11.

LA DIMENSIÓ SUBSTANTIVA EN LES POLÍTIQUES AUTONÒMIQUES DE SERVEIS SOCIALS

Mariña Couceiro

11.1. Introducció

Per abordar la dimensió substantiva de les polítiques autonòmiques de serveis socials i establir possibles similituds i diferències es consideraran tres àmbits: el procés de descentralització, el finançament i la cobertura. En la primera part, es tractarà el procés de descentralització segons la Constitució, els estatuts d'autonomia i les lleis de serveis socials, destacant l'alt grau d'homogeneïtat normativa en el desenvolupament de les competències transferides. En la segona, s'analitzarà el finançament d'aquesta política a escala autonòmica, en què la debilitat de recursos n'és el tret comú. En la tercera part es duu a terme una aproximació a la cobertura tant extensiva com intensiva, considerant només dos aspectes d'aquesta política que, tanmateix, són clau: les persones grans i la pobresa. És en la cobertura on es troben els trets diferencials que semblen respondre més a contextos polítics conjunturals que a necessitats o realitats específiques de cada CA. Precisament, una de les característiques de l'entramat autonòmic dels serveis socials és la distància entre la realitat normativa que regeix els sistemes i la realitat de l'aplicació efectiva.

11.2. El procés de descentralització

11.2.1. La descentralització a la Constitució i als estatuts d'autonomia

En l'àrea dels serveis socials, la descentralització ha estat defensada com a sinònim d'una eficàcia i uns serveis millors, a causa de més proximitat envers la població objecte d'intervenció que aquest procés descentralitzador suposa. Però, encara que no hagués de significar, en principi, una desigualtat territorial, els desequilibris entre i dins de les mateixes comunitats autònomes van aparèixer molt aviat.

En l'àmbit interregional la nostra anàlisi posa de manifest, en principi, un substrat comú en totes les lleis autonòmiques de serveis socials, la qual cosa comporta una coincidència en la definició de tipus de serveis, sectors de població d'atenció preferent, tipus de competències assumides, distribució de les mateixes, etc. No obstant això, «davant d'aquest panorama d'aparent homogeneïtat són moltes les veus que parlen d'una posada en pràctica desigual, afavorida per aquesta descentralització plena del sistema, i d'un desenvolupament normatiu insuficient per donar concreció als grans enunciats de les lleis» (Gaitán, 1991).

Aquesta heterogeneïtat, però, no es presenta només en l'àmbit interregional, sinó que també ha tingut efectes intraregionals a causa del procés de descentralització cap a les corporacions locals sense dues mesures clau per a la implementació d'un bon sistema de serveis socials descentralitzat: l'assegurament del finançament i l'agregació

d'entitats, per corregir el minifundisme municipal present a Espanya (Casado, 2002). Cap de les lleis autonòmiques de serveis socials tindrà en compte aquestes dues mesures, la qual cosa comportarà enormes diferències intraregionals, on els municipis més petits experimentaran grans dificultats tècniques per a la implementació d'una atenció adequada en matèria de serveis socials, la qual cosa s'ha intentat resoldre mitjançant el recurs de les mancomunitats. Però també s'han de mencionar altres propostes de regulació a nivell estatal en el àmbit dels serveis socials. A la idea d'assegurar uns nivells bàsics per a la totalitat del territori espanyol, procurant una distribució de recursos d'acord amb el principi de solidaritat mitjançant la proposta d'una llei estatal de SS parteix de les Primeres Jornades Federals de Serveis Socials organitzades pel Partit Socialista l'any 1979 i d'acord amb aquesta línia, en el seu següent congrés l'any 1981, en un capítol d'estratègia, la resolució sobre serveis socials preveia «una llei de Serveis Socials» sense perjudici «d'una legislació de serveis socials pròpia de les comunitats autònomes». Després d'accedir el PSOE al govern l'any 1982 i durant el 1983 i 1984, el Ministeri de Treball i Seguretat Social va elaborar un esborrany de la llei esmentada, que tenia com a supòsit bàsic la integració dels serveis socials a la Seguretat Social. D'aquesta manera, es pretenia disposar d'una base competencial central per obviar la competència exclusiva que la Constitució atorga a les comunitats autònomes en assistència social. Al mateix temps, el govern del País Basc i el de Navarra (1982) van aprovar les primeres lleis autonòmiques de serveis socials. Precisament, el pas endavant que suposaven aquestes dues lleis autonòmiques, que plantejaven una descentralització més gran del sistema juntament amb el context de crisi econòmica que es produeix en aquests anys, van provocar que el govern desestimés aquesta idea. Finalment, l'últim intent per homogeneïtzar el sistema parteix del primer govern del PP (1996-2000), quan comptava amb majoria relativa i va ser el portaveu d'una proposta que buscava de nou el consens suficient amb les diferents comunitats autònomes per a l'elaboració d'una llei bàsica que englobés els serveis socials del conjunt de l'Estat, respectant les competències transferides per aquesta mesura a les comunitats autònomes. Tanmateix, aquesta iniciativa no va prosperar, perquè el grup de CiU, els nacionalistes bascos i el grup mixt van invocar el règim de competències en la matèria.

La Constitució de 1978 va possibilitar la descentralització total dels serveis socials i l'assumpció de competències, excepte les de la Seguretat Social, la qual cosa van dur a terme les diferents comunitats autònomes mitjançant els estatuts respectius. Tanmateix, el problema de la indefinició constitucional respecte dels serveis socials va comportar que només algunes de les comunitats autònomes reconeguessin de manera explícita en els seus estatuts d'autonomia la competència exclusiva en matèria de serveis socials (Andalusia, Canàries, Castella-la Manxa, Castella i Lleó i Múrcia). Això ha estat així perquè, en la Constitució, no es fa referència als serveis socials ni com a competència de l'Estat ni de les comunitats autònomes. Conseqüentment, la majoria de les comunitats autònomes van assumir la competència esmentada fent una interpretació àmplia de l'article 148.1.20 (que parla de l'assistència social, extensible als serveis socials) o a través de l'article 149.3 (en què s'estableix que les comunitats autònomes poden assumir competències exclusives en matèries no atribuïdes a l'Estat). D'aquesta interpretació en derivaria el fet que determinades comunitats autònomes assumissin

explícitament competències en matèria de serveis socials i d'altres, amb independència d'una assumpció genèrica, les adquirissin en serveis concrets (infantesa, minusvalidesa, tercera edat...) (vegeu: Alonso i Gonzalo (1997: 102).

Després de l'aprovació dels estatuts d'autonomia i per exercir els títols competencials presos per les comunitats autònomes en el camp dels serveis socials i l'assistència social, es van anar produint traspassos dels serveis inherents a les competències mitjançant reials decrets, dels quals el primer va ser la transferència de l'execució dels serveis de l'INSERSO a la Generalitat de Catalunya l'any 1981. Les delegacions provincials, centres i establiments de l'antic Institut Nacional d'Assistència Social. Dins d'aquesta, es van transferir també tant les funcions d'execució com les normatives per a l'establiment de les condicions d'ingrés als centres i les tarifes de preus que els residents de centres havien de pagar. Aquests traspassos tenien la finalitat de traspasar els mitjans materials i humans necessaris per exercir les competències disposades per la Constitució i els estatuts d'autonomia.

11.2.2. La descentralització en les lleis autonòmiques de serveis socials

L'anàlisi detallada de les lleis autonòmiques de serveis socials de les 17 comunitats autònomes ens permet arribar a una primera gran conclusió: encara que totes proclamïn com a principi la descentralització, s'aprecia en el seu contingut una forta tendència centralista, pel fet d'assignar competències importants als governs autonòmics mentre que als ajuntaments es derivarien les competències de mera execució (vegeu: Alonso i Gonzalo, 1997: 514).

D'altra banda, s'hi aprecia una gran ambigüitat en la distribució de les competències, la qual cosa produeix, d'una banda, la indeterminació de les responsabilitats públiques i, de l'altra, pot permetre un exercici discrecional o abús d'algunes funcions. En general, podem assenyalar les competències següents com les més destacades en l'àmbit autonòmic:

- Planificació general (estudis de problemàtiques i necessitats; elaboració d'informació estadística; elaboració de plans i projectes d'acció).
- Desenvolupament reglamentari i de la legislació que regeix la matèria.
- Ordenació i coordinació del sistema (condicions mínimes de qualitat; autorització, registre, avaluació i inspecció de centres i entitats; potestat sancionadora; etc.).
- Foment de la iniciativa social i del voluntariat.
- Establiment i gestió de les prestacions econòmiques periòdiques i no periòdiques, així com de subvencions i convenis.
- Assessorament i assistència tècnica a les entitats prestadores de serveis

- Creació i gestió d'equipaments i programes assumits per les administracions autonòmiques (Galícia, La Rioja, Comunitat Valenciana, Astúries, Madrid, Múrcia).
- En alguns casos es parla de la competència en l'àmbit de la protecció i tutela de menors (Galícia, Madrid, Múrcia i Comunitat Valenciana).

En aquest sentit, tal com veurem més endavant, el País Basc és una excepció important d'aquesta tendència centralista autonòmica, a causa de l'aplicació de l'anomenada Llei de territoris històrics que regula l'entramat institucional basc. Un altre fet apreciable és que la distribució de competències està condicionada en gran mesura pel caràcter uniprovincial o pluriprovincial de cada comunitat ja que, en el primer cas, les competències corresponents a les diputacions es fonen amb les de l'administració autonòmica, la qual esdevé un ens bàsic de la distribució competencial i produeix un doble efecte centralitzador, on el municipi té un simple paper executor de les directrius imposades des del govern autonòmic (Múrcia, Madrid, Astúries, Cantàbria, La Rioja i Navarra). En canvi, en les comunitats pluriprovincials són tres, com a mínim, els nivells que hi intervenen, ja que cal afegir-hi el provincial (les diputacions) (vegeu: Alonso i Gonzalo (1997: 518).

Pel que fa a l'àmbit municipal aquestes normes atorguen als ajuntaments competències bàsicament gestores del nivell primari i d'altres relacionades amb la planificació i coordinació de serveis, com ara la detecció i anàlisi de necessitats, la realització d'estudis, la programació i coordinació d'accions, així com la tramitació de determinades prestacions econòmiques o el foment de la participació social, del voluntariat i de la iniciativa social (vegeu: Alonso i Gonzalo (1997: 521). En aquest àmbit podem parlar de problemes importants, com ara la diferent capacitat tècnica, econòmica i de gestió de les entitats locals, tot plegat molt relacionat, al seu torn, amb l'important minifundisme municipal que hi ha a Espanya; la qual cosa implicaria un accés desigual de la població a aquests serveis socials d'atenció primària dins de les mateixes autonomies. Per aquesta raó s'atribueixen a les diputacions funcions d'assistència i cooperació jurídica, econòmica i tècnica als municipis, especialment aquells que disposen d'una menor capacitat econòmica i de gestió. A part d'aquesta tasca de cooperació i assistència, les competències assignades a les diputacions provincials són, en general, escasses i se centren en els requisits mínims establerts per la Llei de bases del règim local.

Quant a les corporacions locals intermèdies (mancomunitats, comarques) les seves competències específiques s'especifiquen en les lleis de Galícia, La Rioja, Madrid, Astúries o Comunitat Valenciana. Una menció especial mereixen en aquest apartat dues lleis: la del País Basc; per l'important paper que adjudica a les diputacions forals; i la de Catalunya per la potestació que fa del paper de les comarques. A les Canàries, les entitats esmentades s'eleva a la categoria d'ajuntaments i a les Balears de consells insulars.

En general, podem dir que les funcions dels serveis socials es concreten fonamentalment en l'àmbit local, sobretot en l'espai municipal. La creació d'una xarxa de serveis

socials de base o generals ha estat la política predominant al llarg dels anys vuitanta fins avui i, per tant, el primer nivell dels serveis socials és fonamentalment municipal. D'altra banda, el segon nivell, els serveis socials especialitzats, és de competència superior en general. En definitiva, es pot resumir que:

- Les comunitats autònomes es reserven la potestat legislativa i, en general, la reglamentària.
- Sense perjudici de la participació local, les comunitats autònomes es fan amb la responsabilitat financera.
- Les províncies amb prou feines reben responsabilitats (llevat dels casos de País Basc, Castella i Lleó, les Balears i les Canàries).
- Els municipis i entitats intermunicipals reben principalment responsabilitats d'execució de serveis, especialment els de primer nivell organitzatiu.

11.3. Finançament de les polítiques autonòmiques de serveis socials

L'escassa informació quantitativa disponible sobre aquesta política en comparació a l'abundància de dades sobre pensions, sanitat o educació, dóna compte de la seva debilitat en el conjunt de les polítiques socials. Una part important de les dificultats és deguda al fet que cada comunitat autònoma entén per assistència social coses diferents i organitza la seva competència exclusiva de manera diferent a l'entramat institucional de les conselleries, organismes autònoms i administració local, així com la col·laboració entre l'àmbit públic i el privat. D'aquesta manera, la fragmentació i inexistència de criteris mínims d'unificació fan que l'anàlisi comparada sigui summament complexa. Per altra banda, aquesta dispersió de criteris també dificulta l'existència de mecanismes de coordinació entre les comunitats autònomes entre si i amb l'estat central. El SIUSS (Sistema d'Informació d'Usuaris de Serveis Socials), un programa informàtic distribuït en l'actualitat pel Ministeri d'Educació, Esports i Política, com que es tracta d'un programa d'implantació voluntària per part de cada comunitat, encara subministra una informació incompleta. Així, la informació disponible de cada comunitat autònoma és molt heterogènia i molt difícil de recollir i sistematitzar. Només disposem de dos estudis en profunditat (Rodríguez Cabrero, 1990; Barea, 1996), encara que lamentablement fan referència al mateix període (1970-1990).

Hem pogut recollir dades sobre el pes pressupostari dels serveis socials i assistència social de dos períodes significatius, al principi de la posada en marxa de les primeres lleis autonòmiques de serveis socials (1984-1988) i al final del període (2002-2006). Malauradament no comptem amb informació sobre el període intermedi, en què té

lloc la implantació i desenvolupament dels programes autonòmics de rendes mínimes d'inserció. De manera que el període final, recull tant la consolidació de les RMI, com les reformes recents de les lleis de serveis socials així com els primers plans autonòmics d'inclusió social.

La taula 11.1 mostra el percentatge del pressupost autonòmic dedicat a serveis socials i assistència social respecte del total. En els diferents anys dels quals s'ha recollit informació es pot observar l'heterogeneïtat de la prioritat política atorgada a aquesta despesa per les diferents comunitats autònomes si s'atén al pes en el pressupost. La dispersió encara és considerable, però sembla que s'ha reduït en aquests vint anys; si el 1988 Extremadura dedicava el 15,8 % i Catalunya el 3,3 % (12,5 punts), el 2006, Navarra destinava un 13,6 % i les Balears ho feia en un 6,2 % (7,4 punts).

Si es comparen els dos períodes s'observa que en vint anys (de mitjans vuitanta a mitjans dos mil) gairebé s'ha doblat el pes pressupostari d'aquesta política del 6% al 10%. Tanmateix, malgrat l'expansió, les dades referides a l'últim període encara són molt lluny del percentatge destinat a salut o educació, que absorbeixen un terç del pressupost autonòmic total.

Entre 1984 i 1988 dotze comunitats autònomes van aprovar les seves primeres lleis de serveis socials; tanmateix, entre aquestes dues dates es van reduir els pressupostos. És possible que la crisi econòmica d'aleshores afectés aquesta partida, ja que si no se sustentava en drets exigibles és més fàcil que es retalli i més difícil que s'apliqui el principi universalista proclamat en les lleis. Només Andalusia, les Canàries, Navarra i especialment Extremadura van augmentar els seus pressupostos, la resta els va reduir. A finals dels anys vuitanta cinc comunitats autònomes formaven el grup de més despeses, per ordre: Extremadura, Múrcia, Castella i Lleó, Aragó i Castella-la Manxa. Unes altres cinc comunitats autònomes (tres de l'arc mediterrani) formaven el grup de menys despeses: Catalunya, Comunitat Valenciana, Andalusia, Canàries i Galícia. La resta formava un grup intermedi.

El 2002 el procés de transferències de l'Estat a les comunitats autònomes ja s'havia conclòs. Les competències en serveis socials, educació i sanitat estaven descentralitzades (llevat de Ceuta i Melilla). Entre 2002 i 2006, possiblement a causa de la bonança econòmica d'aquells anys, gairebé totes les comunitats autònomes van reduir el pressupost dedicat a aquesta política (llevat de Castella-la Manxa, Catalunya i Navarra que el van augmentar lleugerament). Així, de la mateixa manera que quan hi ha crisi aquesta política és la primera que es retalla, també es podria pensar que en èpoques d'expansió pressupostària és l'última en impulsar.

El 2006, cinc comunitats autònomes formaven el grup de més despeses, per ordre: Navarra, Extremadura, La Rioja, Castella-la Manxa i Castella i Lleó. Cinc comunitats autònomes se situaven a la cua de la despesa: Balears, País Basc, Aragó, Comunitat Valenciana i Catalunya. La resta formava un grup intermedi.

Entre 1988 i 2006 hi va haver canvis en els diferents grups: es mantenen en el grup de més despeses Extremadura, Castella i Lleó i Castella-la Manxa; en el de menor, Catalunya i la Comunitat Valenciana. D'altra banda, Andalusia, les Canàries i Galícia han millorat de posició, mentre que Aragó, Múrcia, Navarra, La Rioja, les Balears i el País Basc l'han empitjorat entre aquests anys.

Entre 2002 i 2006 totes les comunitats autònomes excepte Castella-la Manxa, Catalunya i Navarra van reduir el pes del pressupost d'aquesta política respecte al total autonòmic. La reducció va ser major en aquelles comunitats autònomes que el 2002 dedicaven un percentatge més gran de despesa (La Rioja, Cantàbria i Astúries). Les reduccions menors han tingut lloc en les comunitats autònomes que des de 1988 a 2002 havien desenvolupat un important esforç pressupostari: Extremadura, Andalusia i Galícia. Finalment, aquelles comunitats autònomes que destinaven un percentatge de despesa mitjà, també han tendit a aplicar reduccions pressupostàries de tipus intermedi (Madrid, Múrcia, les Canàries).

Taula 11.1

Percentatge del pressupost en serveis socials respecte al pressupost total de la comunitat autònoma

Comunitat	Total 1984 ¹	Total 1988 ¹	Total 2002 ²	Total 2006 ²
País Basc			9,06	7,22
Canàries	0	6,00	11,37	8,70
Navarra	3,29	5,66	12,57	13,60
Com. Valenciana	4,11	3,64	10,41	8,08
Andalusia	4,37	4,79	10,44	9,81
Catalunya	4,44	3,30	8,19	8,55
Galícia	6,81	6,08	9,76	8,86
Extremadura	8,46	15,76	13,83	13,41
La Rioja	10,37	6,69	17,66	13,12
Astúries	11,45	8,42	14,14	10,64
Balears	12,05	8,85	12,67	6,18
Cantàbria	12,06	6,35	14,56	9,63
Castella i Lleó	14,57	11,54	13,20	11,26
Aragó	14,72	10,11	9,79	7,87
Múrcia	16,82	15,23	11,80	8,87
Castella-la Manxa	18,36	9,98	10,72	11,30
Madrid	25,52	10,65	12,35	10,82
Total	6,47	5,71	10,78	9,57

Fonts:

1. Rodríguez Cabrero (1990: 201 i 205).

2. Ministeri d'Economia i Hisenda. Dades consolidades. Liquidació de pressupostos de les comunitats autònomes. Exercici 2002 i 2006.

Si s’analitza la taula 11.2, que es refereix a la distribució funcional de la despesa en actuacions de protecció i promoció social de les comunitats autònomes el 2006, a partir de les dues partides principals: serveis socials i promoció social (4,8 % del total) i foment de l’ocupació (2,9 %) és possible agrupar les comunitats autònomes segons la seva posició en relació amb la despesa en seguretat social i respecte al foment de l’ocupació. Les comunitats autònomes es poden ordenar de major a menor despesa en seguretat social i en foment de l’ocupació, de manera que poden ser més o menys proteccionistes i més o menys productivistes. De manera sistematitzada:

		Proteccionisme		
		Alt	Mitjà	Baix
Productivisme	Alt	La Rioja	Extremadura Astúries Andalusia	
	Mitjà	Castella-la Manxa	Castella i Lleó	Canàries Galícia Balears C. Valenciana
	Baix	Madrid Cantàbria	Catalunya Navarra Múrcia Aragó	

11.4. Cobertura dels serveis socials

11.4.1. Cobertura extensiva

A l'Estat espanyol, l'oferta pública de prestacions sanitàries és pràcticament universal, i l'educativa ho és plenament per als nivells obligatoris. Contràriament, l'oferta pública de serveis socials és selectiva. Malgrat l'universalisme que proclamen les lleis de les comunitats autònomes que regulen aquest àmbit, aquestes segueixen, almenys per a les prestacions més oneroses, una política de racionament i selectivitat principalment basada en criteris socioeconòmics. L'error de l'universalisme d'accés ha sorgit del racionament de l'oferta; és a dir, any rere any es van dotar –i es continuen dotant– els serveis socials d'un finançament clarament inferior al necessari per cobrir la demanda, ja no potencial sinó manifesta. Per ajustar-la a l'oferta racionada s'ha optat per la selecció dels aspirants en funció de les seves circumstàncies, no solament específiques de la demanda tècnica sinó també socioeconòmiques; per tant, es continua, de fet, amb la pràctica de beneficència del període anterior a la Constitució de 1978 (Casado, 2007).

Taula 11.2

Distribució funcional de la despesa en actuacions de protecció i promoció social (2006)

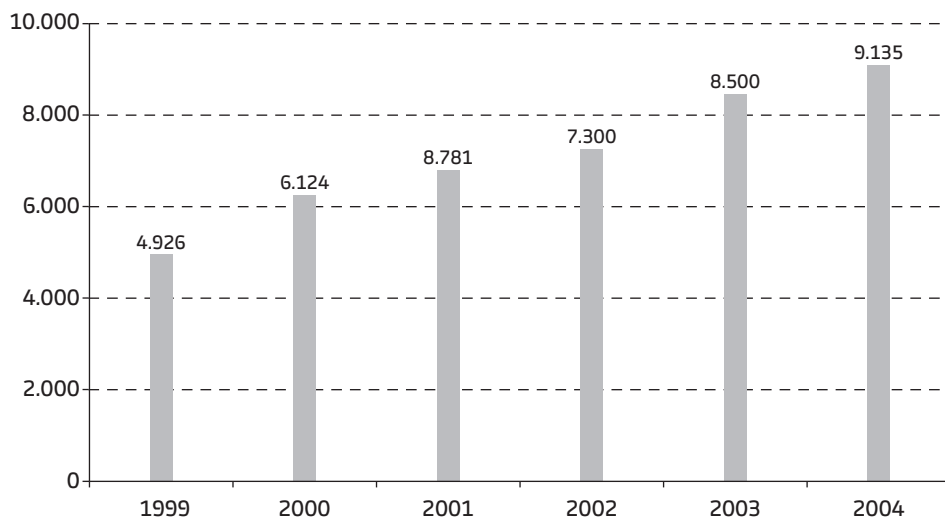
Comunitats autònomes	And	Arag	Ast	Bal	Canar	Cant	C-L	C-M	Cat	Extr	Gal	Mad	Mur	La R	Val	Nav	PB	Esp
Actuacions de protecció i promoció social	9,81	7,87	10,64	6,18	8,7	9,63	11,26	11,30	8,55	13,41	8,86	10,82	8,87	13,12	8,08	13,6	7,22	9,57
Pensions	0,19		0,01	0,29	0,13		1,44	0,5	0,42		1,46		0,39			1,61		0,38
Serveis socials i promoció social	5,04	4,23	5,13	2,13	3,80	6,01	5,39	6,57	5,05	5,26	2,44	6,44	4,98	5,96	3,98	4,32	3,99	4,85
Foment de l'ocupació	3,41	2,70	3,49	2,91	3,39	2,68	2,95	2,80	2,40	6,35	3,30	2,44	2,52	5,72	2,76	1,73	0,96	2,88
Accés a l'habitatge i foment de l'edificació	1,17	0,94	1,96	0,86	1,38	0,94	1,47	1,44	0,68	1,80	1,66	1,94	0,70	1,45	1,34	5,95	2,26	1,45
Gestió i administració de la seguretat social			0,06										0,28					0,01

Font: Ministeri d'Economia i Hisenda. Dades consolidades. Liquidació de pressuposts de les comunitats autònomes. Exercici 2006.

L'enquesta Foessa de l'any 1993 ja assenyalava que només un 4,4 % de les famílies espanyoles utilitzaven algun dels serveis socials a començaments dels noranta (això suposava, aproximadament, mig milió de famílies). Si comparem aquest percentatge amb el de les famílies que utilitzaven els serveis educatius o sanitaris, es pot entendre que estem parlant d'un servei públic diferent. Aquest percentatge d'accés es pot haver incrementat des d'aleshores d'alguna manera però, atesa la baixa oferta de serveis socials públics i privats de tipus comunitari, no de forma significativa. Amb tot, això no vol dir que no hi hagi hagut en els últims anys una extensió considerable de la cobertura. Això es posa de manifest si analitzem, per exemple, l'increment en el nombre d'empreses i entitats de caràcter privat en l'àmbit dels serveis socials. Com indica la gràfica, l'evolució en l'àmbit estatal del nombre d'aquestes entitats ens mostra que en el període 1999-2004 representa un augment percentual del 85,4 %.

Gràfic 11.1

Evolució del nombre d'empreses i entitats de serveis socials a Espanya, 1999-2004



Font: Directori General d'Empreses (2004).

Per comunitats autònomes, l'augment percentual més elevat en el nombre d'entitats i empreses dedicades al sector dels serveis socials és el que s'ha produït a Extremadura, seguida de Navarra i Cantàbria, que han experimentat un augment del més del 200%, la qual cosa repercuteix òbviament en una extensió ostensible de la cobertura gràcies a l'expansió del sector. Així, doncs, en aquest sentit podem sostenir que l'extensió de la cobertura del sistema públic de serveis socials continua sent escassa i sembla que està limitada a un escàs sector de la població espanyola. Aquesta selectivitat comporta, segons nombrosos especialistes, el perill de l'estigmatització, que ja es produï àmpliament per l'acció de la Beneficència. I és que l'oferta reservada a les classes marginals

porta un doble efecte secundari: per un costat, l'estigmatització social dels serveis mentre dissuadeix de la seva utilització als que hi podrien accedir mitjançant el pagament d'un preu, i per l'altre l'estigmatització social dels usuaris. Un altre problema afegit a aquest marginalisme de l'oferta és el risc d'empobriment de la qualitat, ja que els serveis per a persones pobres i/o marginades tendeixen a patir pobresa i marginalitat. Finalment, hi ha la qüestió de la injusta paradoxa que representa l'exclusió mitjançant barems selectius de l'accés a certes prestacions públiques de serveis socials d'ampollsimes capes de població que, a més, les financen amb els seus impostos.

Partint d'aquest plantejament, la qüestió de la universalització dels serveis socials ha alimentat un debat sobre la mesura en què aquesta concepció universalitzadora com a servei públic de l'estat del benestar substitueix o encobreix la necessitat pel ciutadà mitjà (Aguilar, Gaviria i Laparra, 1995). Dit d'una altra manera, la qüestió de la universalització s'enfronta al dilema de quin tipus de població és realment susceptible d'atenció per part dels serveis socials: tots els ciutadans o només els més necessitats? Tal com assenyalen nombrosos autors, es tracta d'un fals dilema; no obstant això, alguns experts assenyalen que els serveis socials comunitaris han estat influïts per un fals discurs d'universalisme que ocultava les característiques reals dels seus clients. D'aquesta manera veiem que, malgrat el discurs universalitzador, la realitat dels serveis socials s'ha mantingut en una posició marginal per a la globalitat de la política social, la qual cosa comporta que, en general, siguin poc coneguts i utilitzats pels ciutadans, i que només els sectors exclosos en facin un ús repetitiu i habitual.

En aquest sentit, per a Demetrio Casado (2007) la realització efectiva del principi d'universalitat comportaria la utilització dels serveis socials públics per part dels ciutadans en funció de les seves necessitats tècniques, amb independència de les seves circumstàncies socials (utilitzant com a indicador de la variable la classe social subjectiva). D'altra banda, el sistema de serveis socials espanyol compta, com veurem més endavant, amb diferents barreres d'accés. D'un costat hi ha l'especialització de determinats serveis en clientele o col·lectius especials (persones grans i discapacitats majoritàriament) que tenen prioritat pràctica a l'hora d'accedir-hi per la seva gran capacitat de mobilització i pressió, i de l'altre també hem de considerar la distribució espacial desigual dels drets socials, així com la tendència a la selecció de la clientela en funció de la seva probabilitat d'èxit: tendència dels serveis socials públics a orientar-se cap als pobres precaris o moderats, mentre que els serveis de les entitats sense ànim de lucre (Caritas, Creu Roja) s'orienten de manera majoritària cap a les persones amb pobresa greu o severa (Rodríguez Cabrero, 2004).

Un altre element que limitaria l'extensió de la cobertura dels serveis socials és la falta de reconeixement del dret a rebre aquests serveis i és que el principi d'universalitat dels serveis socials troba la seva primera limitació en el fet que la Constitució de 1978 no defineix amb claredat el dret subjectiu a tenir-ne. Es tracta d'un dret en desenvolupament i condicionat o debilitat tant per la pròpia oferta existent (escassa i desequilibrada), com per la seva escassa visibilitat social i política. Així doncs, les lleis autonòmiques de serveis socials semblen orientar-se cap a una certa universa-

lització limitada, de manera que els serveis socials ni constitueixen drets que els ciutadans puguin exigir eficaçment, com els drets d'assistència sanitària, ni tampoc estableixen deures públics determinats el compliment dels quals pugui ser valorat o demandat (Casado, 2002).

Persones grans

El protagonisme creixent de les persones grans dins de l'àmbit dels serveis socials és una qüestió que respon a variables de tipus molt divers, però sobretot a aquelles de caràcter demogràfic. Per tot això, la diversificació dels serveis d'atenció a aquest sector ha estat enorme en els últims anys i ha donat lloc a un sector creixent que inclou, en primer lloc, els serveis públics de teleassistència i d'atenció a domicili, passant pels serveis d'atenció diürna com llars, clubs, centres de dia i acabant amb serveis residencials diversos com els pisos tutelats o els centres residencials més clàssics.

Si bé els centres de serveis d'atenció primària han incorporat de manera universal els serveis d'ajuda a domicili, els usuaris més freqüents dels quals són la gent gran; no es pot dir el mateix dels serveis residencials, considerats serveis complementaris, la presència dels quals és, com veurem, molt desigual entre les diferents comunitats autònomes. Passem a analitzar amb detall cada un d'aquests serveis (vegeu taula 11. 3).

- **Serveis d'atenció domiciliària.** Aquí s'hi inclouen els serveis d'atenció a domicili (SAD), els de teleassistència, i altres recursos prestats; o bé com a servei o com a prestacions monetàries. Aquests serveis són de titularitat pública, tot i que solen estar gestionats per entitats de caràcter privat sota el sistema de concertació. Per a aquest servei a la tercera edat observem que l'índex de cobertura (entès com el percentatge de població més gran de 65 anys que utilitza el servei) el 2006 se situa, a escala nacional, en un 4,09. Per sobre d'aquesta mitjana hi hauria Extremadura, amb un 9,82, seguida de Castella-la Manxa, Madrid i el País Basc, amb un 6,37 6,29 i 5,39, respectivament. La resta de comunitats autònomes es troba, o bé rondant la mitjana nacional o bé molt per sota. El pitjor indicador és el de Múrcia, amb un escàs 1,85 de cobertura.

Quant al preu per hora del SAD, hi ha variacions molt grans entre les diferents comunitats autònomes. Si la mitjana nacional se situa en els 12,12 euros per hora, el preu més alt és el que trobem a Navarra (22,32 euros/hora). A l'altre extrem hi ha Extremadura i Cantàbria, amb un preu de 6,18 i 7,3 euros/hora respectivament. Finalment, si es consideren les hores mensuals d'atenció domiciliària per usuari, se situen per sobre de la mitjana nacional (16,28 hores mensuals) Galícia (25,14), Canàries (24), el País Basc (19,3), Castella i Lleó (18,89), Cantàbria (17,92), Madrid (17,79), Castella-la Manxa (17,05) i Extremadura (16,95).

- **Teleassistència.** L'índex de cobertura l'any 2006 se situava en 3,5 usuaris per cada 100 persones de 65 o més anys. Per sobre de la mitjana destaquen els casos de Madrid (9,22), seguit altre cop per Castella-la Manxa (5,74), Navarra (5,22) i Aragó (4,52).

Taula 11.3

Indicadors d'oferta de serveis socials per a persones grans. Any 2006

CA	Ajuda a domicili			Teleassis- tència / Cobertura	Centres de dia / Cobertura	Centres resid. / Cobertura
	Cobertura (%)	Euros / hora	Hores / mes / usuari.			
Múrcia	1,85	10,26	16	2,47	0,55	2,13
Galícia	2,34	8,43	25,14	1,08	0,38	2,68
Com. Valenciana	2,38	9,89	11,69	2,88	0,75	2,94
Cantàbria	2,86	7,3	17,92	2,82	0,51	4,32
Canàries	3,06	11	24	0,97	0,42	3,21
Balears	3,13	16	12,33	3	0,48	2,89
Andalusia	3,26	12,11	8	3,51	0,36	2,76
Aragó	3,67	10	10	4,52	0,57	5,62
Astúries	3,85	10,56	11,92	2,44	0,44	4,15
Navarra	4,01	22,32	10	5,22	0,27	5,6
Catalunya	4,08	13,52	15,4	1,28	0,95	4,64
La Rioja	4,09	10,25	14,68	1,15	0,5	4,81
C. i Lleó	4,13	12,29	18,89	3,01	0,48	6,29
País Basc	5,39	17,4	19,3	3,26	0,74	4,45
Madrid	6,29	12,93	17,79	9,22	1,1	5,07
Castella-la Manxa	6,37	9,25	17,05	5,74	0,38	6
Extremadura	9,82	6,18	16,95	3,38	0,56	4,35
Espanya	4,09	12,12	16,28	3,5	0,64	4,12

Font: Observatori de persones grans. Serveis socials per a persones grans a Espanya, gener de 2006. Elaboració pròpia.

- **Centres de dia.** De nou, l'índex de cobertura nacional és bastant baix: presenta un escàs 0,64 l'any 2006. Només una comunitat, Madrid, supera l'1% de cobertura. A prop, i situant-se per sobre de la mitjana nacional, hi ha Catalunya (0,95), la Comunitat Valenciana (0,75) i el País Basc (0,74).
- **Centres residencials.** Dins d'aquest apartat considerem els índexs de cobertura calculats en relació amb les places de centres residencials, habitatges tutelats, acolliment familiar i apartaments residencials. L'índex de cobertura nacional l'any 2006 era d'un 4,12, la qual cosa representa una caiguda de 2,95 punts respecte de l'any 1999. Entre les comunitats autònomes que el 2006 estan per sobre de la mitjana hi ha, de nou, Castella i Lleó (6,29) i Castella-la Manxa (6), així com Navarra (5,6) i Madrid (5,07).

En definitiva, la construcció d'un sistema estatal de serveis socials universal, equitatiu i amb suficiència financera que doni suport als drets de les persones en risc o amb

necessitats especials s’ha quedat a mig camí, i són les organitzacions voluntàries i les famílies les que han hagut de cobrir una part important de les llacunes protectores. Els nivells de cobertura dels serveis socials encara són insuficients per fer front a les necessitats socials emergents, i els drets d’accessibilitat continuen sent drets de segon ordre. Així doncs, a aquest sistema li falta, d’una banda, universalitat quant a drets i, per l’altra, i tal com veurem a continuació, intensitat protectora quant a contingut i equitat territorial pel que fa a recursos i requisits d’accessibilitat.

11.4.2. Cobertura intensiva

En aquest apartat valorarem la intensitat d’aquesta cobertura mitjançant l’anàlisi de la distribució dels recursos existents entre el total de la població. Aquesta mesura ens ajudarà a comparar d’una manera més efectiva i fiable les diferències existents entre les 17 comunitats autònomes, ja que posa en relació directa els recursos existents amb la mida poblacional de cada una. La intensitat de la cobertura es pot valorar principalment a través de la despesa en serveis socials per habitant (referit al conjunt de la població en cada àmbit territorial, vegeu taula 11.4).

Taula 11.4

Indicadors de despesa en serveis socials (2003)

	Població 1/01/2003	Despesa en serveis socials el 2003 (€)	Despesa per habitant / Intensitat
La Rioja	293.553	41.813.168	142,44
Cantàbria	554.784	35.668.670	64,29
Navarra	584.734	100.886.774	172,53
Balears	955.045	80.550.000	84,34
Astúries	1.073.761	125.402.167	116,79
Extremadura	1.075.286	164.718.945	153,19
Aragó	1.249.584	222.718.300	178,23
Múrcia	1.294.694	74.619.158	57,63
Castella-la Manxa	1.848.881	358.107.940	193,69
Canàries	1.915.540	81.759.180	42,68
País Basc	2.115.279	579.330.160	273,88
Castella i Lleó	2.493.918	445.798.683	178,75
Galícia	2.750.985	231.488.921	84,15
Com. Valenciana	4.543.304	164.212.910	36,14
Madrid	5.804.829	678.041.034	116,81
Catalunya	6.813.319	1.013.323.554	148,73
Andalusia	7.687.518	738.491.116	96,06
Espanya	43.055.014	5.136.930.679	119,31

Font: García i Roldán (2006) i elaboració pròpia.

La primera constatació és la de les enormes diferències que hi ha entre comunitats autònomes i els diferents graus d'intensitat, que van des dels 273,88 euros per habitant al País Basc als escassos 36 euros per habitant de la Comunitat Valenciana. Tenint en compte aquest indicador d'intensitat podríem parlar de quatre grups:

- Un primer grup caracteritzat per una alta intensitat, situada per sobre dels 170 euros per habitant, que estaria conformada pel País Basc (273), Castella-la Manxa (193,69), Castella i Lleó (178,75), Aragó (178,23) i Navarra (172,53).
- Un segon grup d'intensitat mitjana-alta, en què la despesa per habitant se situaria entre els 155 euros i els 115, aproximadament, i que representarien el grup més proper a la mitjana nacional (119,31 euros per habitant), conformat per Extremadura, Catalunya, la Rioja, Madrid i Astúries.
- Un tercer grup d'intensitat mitjana-baixa, amb una despesa per habitant situada entre els 60 i els 100 euros, conformada per Andalusia, les Balears, Galícia i Cantàbria.
- Finalment, el grup d'aquells que no superarien els 60 euros per habitant, i que es caracteritzarien per una baixa intensitat, conformat per Múrcia, les Canàries i la Comunitat Valenciana.

Si considerem la intensitat de cobertura proporcionada pel sector privat, en termes de la proporció d'empreses i entitats de serveis socials (gràfica 11.2), l'extensió del qual, tal com vam veure en l'apartat anterior, va anar en augment en el període 1999-2004, les diferències entre les diferents comunitats autònomes tornen a fer-se evidents. Si comparem les dades amb les de la taula 11.4, l'escenari es torna a reproduir en gran mesura. D'aquesta manera, trobem que aquelles comunitats que tenen una despesa en serveis socials per habitant més alta també són les que tenen una proporció d'empreses i entitats privades més gran. Les agrupacions, doncs, tendeixen a repetir-se: el País Basc, Navarra, Aragó i Castella i Lleó; Catalunya, Astúries, Madrid i la Rioja; Cantàbria, Andalusia, Galícia i Balears; la Comunitat Valenciana, Múrcia i Canàries.

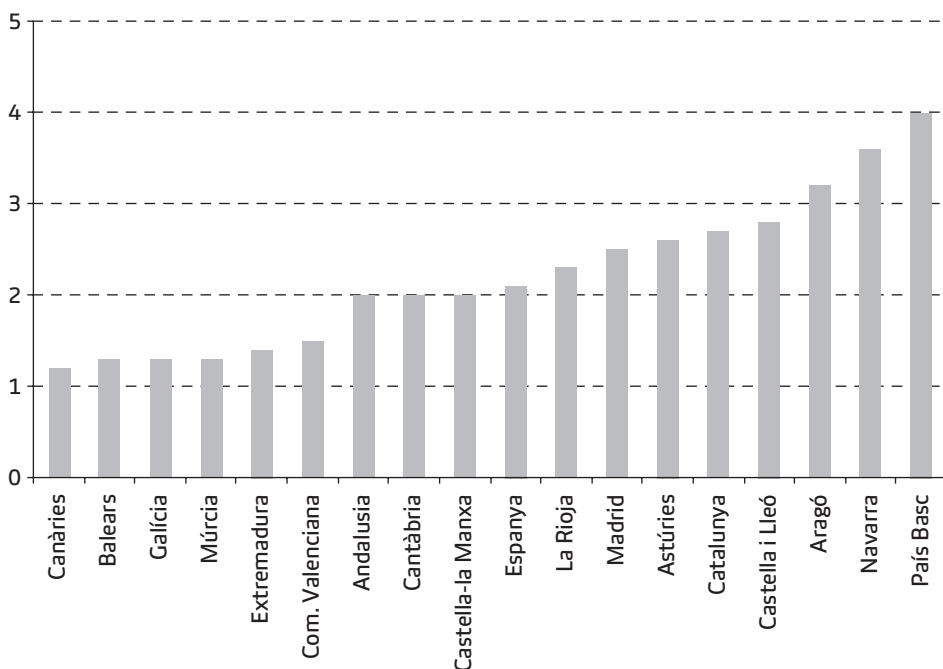
Pobresa i marginació social

Per mesurar la intensitat de la cobertura d'aquest col·lectiu per part dels sistemes autonòmics de serveis socials, utilitzarem les dades disponibles sobre els programes autonòmics de rendes mínimes d'inserció. Es tracta de programes no contributius implementats regionalment per les 17 comunitats autònomes espanyoles amb característiques molt diferents però amb una orientació comuna: la inserció social de famílies amb ingressos baixos. Per tant, podríem considerar que aquests ajuts són l'instrument principal de les polítiques autonòmiques de lluita contra la pobresa i la marginació social.

A aquests programes i prestacions hi accedeixen famílies amb ingressos inferiors al llindar establert per cada regió. L'accés al programa i la continuïtat en ell està condi-

Gràfic 11.2

Ràtio d'empreses i entitats de SS per cada 10.000 hab. per CA



Font: Directori General d'Empreses (2004).

cionat al compromís del beneficiari en la realització d'activitats per a la seva inserció (d'àrees com serveis socials, educació, ocupació o cooperació). Més enllà d'una sèrie de característiques comunes (família com a unitat de referència, edat dels titulars de la prestació entre 25-65 anys o establiment de requisits de residència i nacionalitat), hi ha diferències molt significatives entre els programes, tant en les seves característiques (vinculació entre prestació i inserció i discrecionalitat) i en la seva cobertura i intensitat.

A la taula 11.5 es mostren les dades de cobertura de l'any 2004 (llars beneficiàries i percentatge del nombre total de llars), en què destaquen els percentatges de cobertura de les comunitats del País Basc i Navarra, les úniques que superen la barrera de l'1% de les llars totals (amb un 3,97% i un 1,43% de cobertura respectivament). Entre les comunitats autònomes amb menors percentatges de cobertura hi ha Múrcia (0,08%), Castella-la Manxa (0,1%), Extremadura (0,12%) i la Comunitat Valenciana (0,18%).

D'acord amb les dades referides a la intensitat de la cobertura esmentada, si considerem els euros per titular que impliquen aquests ajuts les disparitats territorials es fan encara més evidents, on destacaria Astúries, amb un índex d'intensitat de 9.127

euros per titular, davant els escassos 1.443 de la Comunitat Valenciana, que se situaria així a l'altre extrem. Si la mitjana nacional se situa en uns 3.392 euros per titular, per sobre hi ha les comunitats d'Astúries, Castella-la Manxa, Castella i Lleó, Catalunya, Extremadura, Madrid i el País Basc, mentre que la resta estan per sota. Destaca, sobretot, la baixa intensitat (per sota dels 2.000 euros per titular) de Cantàbria, la Rioja i la Comunitat Valenciana. La manca d'uniformitat en la regulació interna d'aquests ajuts ha portat una cobertura territorial molt desigual en volum i col·lectius protegits, en diferents requisits d'accés, diferents prestacions i diferents quanties i obligacions.

Taula 11.5

Beneficiaris i despesa en prestacions per ingrés mínim d'inserció (2004)

	Beneficiaris	% sobre llars	Despesa	Euros/Títular
La Rioja	216	0,21	346.439	1.604
Múrcia	350	0,08	730.858	2.088
Extremadura	472	0,12	2.000.000	4.237
Castella-la Manxa	615	0,10	2.260.000	3.675
Balears	1.094	0,32	2.683.397	2.453
Cantàbria	1.217	0,65	1.804.848	1.483
Astúries	1.490	0,41	13.598.926	9.127
Aragó	1.704	0,38	3.477.771	2.041
Navarra	2.711	1,43	6.190.222	2.283
Com. Valenciana	2.748	0,18	3.964.526	1.443
Castella i Lleó	2.893	0,30	12.072.930	4.173
Canàries	4.623	0,72	9.301.474	2.012
Galícia	6.359	0,73	15.475.584	2.434
Madrid	10.959	0,60	44.600.000	4.070
Catalunya	12.781	0,53	59.323.738	4.642
Andalusia	17.350	0,71	36.000.000	2.075
País Basc	28.889	3,97	114.120.000	3.950
Total	96.839	6,34	328.521.446	3.392

Font: Utrilla de la Hoz, 2007.

11.5. Discussió i conclusions

Al llarg de les pàgines anteriors s'ha posat en evidència la dificultat de dur a terme un estudi en profunditat sobre el sistema de serveis socials a Espanya. En realitat ens hem de referir a 17 sistemes de serveis socials, cada un diferent i amb particularitats

pròpies. La descentralització del sistema ha estat tan gran que avui dia no sembla possible parlar d'uns principis o bases comunes entorn de les quals s'han desenvolupat aquests sistemes. Això ha estat així per diverses raons que intentarem explicar a continuació.

11.5.1. Sobre el procés de descentralització

Són nombrosos els experts que assenyalen l'existència d'una forta disparitat entre els sistemes de serveis socials de les diferents comunitats autònomes com a conseqüència del procés de descentralització que ha sofert aquesta parcel·la de la protecció social, i són poques les diferències que es poden observar quan ens centrem en el règim jurídic que ha regulat aquesta descentralització. Després de la nostra anàlisi detallada de les 17 lleis de serveis socials, que marquen la distribució de competències a escala autonòmica, supramunicipal i municipal, són escasses o molt petites les variacions trobades. Contràriament, sembla que aquestes lleis van sofrir un efecte de mimesi, ja que són molts els trets comuns que comparteixen. Per tant, és difícil arribar a l'anàlisi de les diferències que hi ha entre els sistemes de serveis socials de les diferents comunitats autònomes a través de l'anàlisi del seu règim competencial.

En primer lloc, trobem un rerefons històric que deu haver influït aquest desenvolupament. Podem dir que la *fragmentació* i debilitat del sistema de serveis socials espanyol és conseqüència de la situació en la qual s'hi trobava quan es va produir el traspàs cap a les comunitats autònomes. Quan el sistema de serveis socials es va descentralitzar, aquest sistema no estava gens consolidat a escala nacional. A diferència de les àrees de sanitat i educació, on l'entramat estatal s'havia desenvolupat àmpliament i s'havia assentat durant l'etapa franquista, tant normativament com a nivell d'execució i a nivell material, els serveis socials anteriors a la descentralització partien d'una situació marginal de beneficència o assistència social molt poc visible tant políticament com socialment. Així, la falta d'una base comuna a escala nacional que pogués haver servit de punt de partida als 17 nous sistemes a què la descentralització va donar lloc és la principal arrel de la fragmentació que trobem avui. La Constitució va permetre un formidable trasllat de poder i recursos a les comunitats autònomes, però no va fer el mateix amb les corporacions locals. Per la seva part, la Llei reguladora de bases del règim local no va atribuir expressament cap responsabilitat en acció social o serveis socials a les províncies, i tracta de manera ambigua les competències i deures dels municipis.

11.5.2. Sobre el finançament

Aquesta base històrica i institucional també explicaria la *debilitat* manifesta del sistema, que s'ha traduït en el finançament insuficient amb què, tal com s'ha mostrat al llarg d'aquestes pàgines, s'ha dotat i es continua dotant els serveis socials; d'altra banda, a través de la falta de reconeixement d'un dret subjectiu d'accés als serveis socials. Partint de la concepció del sistema de serveis socials que es tenia en

l'etapa predemocràtica com un sistema de beneficència, la nova Constitució de 1978 va fallar a l'hora de garantir la universalitat dels nous serveis socials; és a dir, la falta de concreció de la norma màxima va portar a la impossibilitat de poder parlar del dret als serveis socials com un dret social subjectiu i exigible davant de la llei. Així, aquesta debilitat jurídica ha propiciat que, en èpoques de crisi, aquesta àrea social sigui la primera a notar les retallades i, d'altra banda, que en etapes de bonança econòmica el creixement no es reflecteixi en un impuls més gran al sistema. És per tot això que la situació dels serveis socials continua sent marginal si se la compara amb altres àrees com ara l'educació i la sanitat, la despesa social de les quals es troba molt per sobre de l'àrea analitzada. Per tant, ambdues qüestions, finançament i reconeixement subjectiu del dret als serveis socials, estan íntimament lligades, ja que l'esmentat reconeixement subjectiu marca l'escassa visibilitat política i social d'aquesta àrea social.

11.5.3. Sobre la cobertura

Aquesta doble debilitat té una tercera implicació: la dels baixos índexs de cobertura trobats en aquest servei. Si bé, igual com succeeix amb el finançament, l'extensió de la cobertura s'ha ampliat progressivament en els últims anys, els índexs de la mateixa se situen molt per sota dels trobats en altres àrees de la protecció social, cosa que no fa més que continuar assenyalant el caràcter marginal d'aquesta àrea dins del sistema de benestar espanyol. Segons les dades que han estat citades en aquesta anàlisi, tan sols uns escassos tres milions i mig de persones van utilitzar els serveis socials l'any 2001, aquesta xifra no deixa de ser marginal en un país amb una població de més de quaranta milions de persones. Tot plegat és així, malgrat l'universalisme que proclamen la majoria de les lleis autonòmiques de serveis socials.

Precisament una altra de les característiques de l'entramat autonòmic dels serveis socials és la distància entre la realitat normativa que regeix els sistemes i la realitat de l'aplicació efectiva. Al contrari, podem contraposar dues realitats: la que es troba en el pla més normatiu, on es va imposar un principi de mimesi pel qual les comunitats autònomes semblen assumir bàsicament les mateixes competències en matèria de serveis socials i aplicar els mateixos principis, i d'altra banda la realitat de l'actuació o estructuració real del sistema, que lluny de ser unitària, difereixi estructuralment en gran manera.

La descentralització ha donat lloc a una gran heterogeneïtat entre comunitats autònomes, cosa que, òbviament ha generat una distància important entre els diferents territoris. I és que, encara que la descentralització en si no ha de comportar per força un augment de les desigualtats entre les diferents comunitats autònomes, el cert és que en el pla dels serveis socials això sí ha estat així en gran mesura. Per un altre costat, la desigualtat ha estat doble, ja que el sistema no només ha propiciat l'aparició de les diferències entre les comunitats autònomes, sinó que també han augmentat dins de cada comunitat, amb la descentralització cap als municipis, seguint el principi de proximitat de la presa de decisions a l'usuari final del sistema.

11.5.4. Un intent de classificació?

A l'actualitat, l'organització dels serveis socials ha donat lloc a tota una sèrie de problemes, entre els quals es poden destacar els següents:

- La desigualtat territorial d'accés que es produeix en funció del lloc de residència a causa de la diferent capacitat dels territoris per implementar els serveis primaris d'atenció, cosa que, per tant, influeix en el nivell de proximitat d'aquests serveis.
- La ruptura en la continuïtat de les cures i el suport en els casos de trasllat de lloc de residència a altres comunitats autònomes, ja que un aspecte no previst a les lleis de serveis socials autonòmiques és la col·laboració entre les diferents comunitats autònomes per abordar situacions que superin els seus respectius àmbits territoris.
- En molts casos, les diferències en els models organitzatius entre les diferents comunitats autònomes, en la dotació de personal especialitzat i en la rellevància que es dona a cada sector solen respondre més a la sensibilitat política cap a uns determinats col·lectius (i a la capacitat de pressió política i mediàtica d'aquests) que a un estudi rigorós de les necessitats de la població.

Les característiques de fragmentació referides, debilitat i diferenciació fa difícil parlar de tipologies entre els 17 sistemes autonòmics de serveis socials. No obstant això, a tall de conclusió d'aquesta dimensió substantiva de la nostra anàlisi, assenyallem una possible classificació:

- La primera la conforma l'eix centre-nord (Astúries, Navarra, el País Basc, Aragó, Catalunya, la Rioja, Extremadura, Castella-la Manxa, Castella i Lleó) que es caracteritza, en general, per tenir els índexs més elevats de despesa (tant en la despesa per habitant com en el percentatge del pressupost autonòmic total que representa el pressupost dedicat a serveis socials) i cobertura (baixa proporció d'habitants per unitats de treball social).
- Una segona agrupació conformada per l'eix sud-mediterrani (Andalusia, Múrcia, les Canàries, les Balears i la Comunitat Valenciana) i dues excepcions del nord (Galícia i Cantàbria), que presenta (encara que amb excepcions) valors sempre per sota de la mitjana nacional en les variables referides a la despesa i per sobre respecte a la cobertura.
- Finalment, un cas intermedi entre aquestes dues agrupacions és el de la capital (Madrid), la posició de la qual podria qualificar-se d'ambivalent, perquè presenta dades positives quant a la despesa en serveis socials, però un valor molt negatiu si ens referim a la cobertura (presenta la dada més negativa a causa d'una altíssima proporció de 26.659 habitants per UTS, molt per sobre de la resta de casos i de la mitjana nacional, situada en 10.608 habitants).

11.6. Bibliografía

- Aguilar, M.; Gaviria, M.; Laparra, M., *La caña y el pez*, Madrid: Fundación Foessa, 1995.
- Alonso Seco, J.M.; Gonzalo González, B., *La asistencia social y los servicios sociales en España*, Madrid: Boletín Oficial del Estado, 1997.
- Barea, J. (dir.), *El gasto público en servicios sociales en España*, Madrid: Ministeri de Treball i Assumptes Socials, 1996.
- Casado, D., *Introducción a los servicios sociales*, Madrid: Ed. Popular S.A., 1994.
- , *Reforma política de los servicios sociales*, Madrid: Editorial CCS, 2002.
- , “Objetivos permanentes y enfoques de los servicios sociales”, a Casado; Demetrio; Fantova, F. (coord.), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*, Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia, Madrid: Caritas Española-Fundación Foessa, 2007, p. 255-287.
- Casado, D.; Fantova, F. (coord.), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*, Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia, Madrid: Caritas Española-Fundación Foessa, 2007.
- CES, *La pobreza y la exclusión social en España: Propuestas de actuación en el marco del plan nacional para la inclusión social*, (Núm. 2/2001), Madrid: CES, 2001.
- De Vicente Pachés, F., *Asistencia social y servicios sociales. Régimen de distribución de competencias*, Madrid: Secretaria General del Senat, 2003.
- Fantova, F., “La universalización de los servicios sociales desde dentro”, *Barcelona Societat*, 14, 2008, p. 118-127.
- Fernández, M.; Pezuelo, M.; Sancho, M., *Las personas mayores en España. Informe 2006*, Madrid: CSIC, 2006.
- Gaitán Muñoz, L., “Servicios sociales: reflexiones para después de una década”, *Cuadernos de Trabajo Social*, (4-5), 1991, p. 11-25.
- Gallo, L.; Usoz, C., *Informes sectoriales de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Servicios Sociales*, (Núm. 65), Vitoria-Gasteiz: Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras, 2005.
- García Giráldez, T.; Roldán García, E., *Políticas de servicios sociales*, Madrid: Síntesis, 2006.
- Gutiérrez Resa, A., “El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España. (Once años del Plan concertado)”, *REIS*, (93/01), 2001, p. 89-132.
- , “Mayores y familia ante el futuro de los Servicios Sociales”, *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (70), 2007, p. 81-105.

Méndez de Valdivia, M., "La acción descentralizada del Estado en servicios sociales", *Cuadernos de Trabajo Social*, (19), 1987, p. 173-195.

Rodríguez Cabrero, G., *El gasto público en servicios sociales en España (1972-88)*, Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1990.

——, *El estado del bienestar en España: Debates, desarrollo y retos*, Madrid: Fundamentos, 2004.

Utrilla de la Hoz, A., "La financiación de los servicios sociales en las comunidades autónomas", *Revista de Estudios Regionales*, 78, 2007, p. 135-160.

VVAA, *Las condiciones de vida de la población pobre en España. Informe general*, Madrid: Fundación Foessa, 1998.

VVAA, "Políticas y bienes sociales: Procesos de vulnerabilidad y exclusión social", *VI Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España*, Madrid: Fundación Foessa, 2008, p. 301-465.

12.

LA DIMENSIÓ OPERATIVA EN LES POLÍTIQUES AUTONÒMIQUES DE SERVEIS SOCIALS

Julio Souto i Mariela Iglesias



12.1. Introducció

En aquest article abordem la dimensió operativa del Sistema de Serveis Socials, caracteritzat com un “Model Mixt”, que gestiona i distribueix l’acció social mitjançant l’articulació de múltiples agents. Primer, tractarem de *Caracteritzar els sectors principals d’agència*: Sector Públic, Sector Privat, Tercer Sector o Sector Social i Sector Informal (principalment família). Segon, *Analitzar les dinàmiques d’ocupació en serveis socials*. Donada la xarxa d’actors, observarem com repercuteixen les articulacions dels sectors en les característiques dels Recursos Humans del sistema. Tercer, *Concretar el funcionament i gestió de la xarxa*. Qui fa cada tasca? Què fa cadascú? Com funciona integralment el sistema?

12.2. Xarxa d’actors

La xarxa d’actors proveïdors dels béns i serveis d’acció social, que constitueixen el sistema de serveis socials, apareix definida principalment per quatre categories: el **sector públic**, el **sector privat** (lucratiu), el **tercer sector** (no lucratiu), i el **sector informal** (principalment, xarxes familiars).

12.2.1. Sector Públic

En el Sistema de Serveis Socials intervenen els **tres nivells** principals: Administració General de l’Estat, comunitats autònomes (CA), i corporacions locals (CL). Entre els dos últims actors s’estableixen organitzacions supramunicipals que tracten de donar solucions a qüestions organitzatives relacionades amb la distribució de competències i els objectius de proximitat i descentralització. Amb la intenció proclamada de “Descentralització i Proximitat”, l’**àmbit local** es presenta normalment com a prioritari en l’exercici d’aquests. El denominat “Pacte Local”, com a projecte de progressives transferències de competències de les CA a les CL, apareix com al símbol polític d’aquesta tendència (Alonso Seco, 2007). Observem, no obstant, un moviment contrari de “recentralització” en les CA, donant-se una transferència de competències sense una adequada dotació de recursos i poder de decisió a les CL. D’aquesta forma, la suposada descentralització queda reduïda a una gestió indirecta per les CL, on les CA exerceixen en última instància les responsabilitats públiques i les funcions de control i supervisió.

Les **corporacions locals** apareixen com a encarregades dels serveis comunitaris o primaris, de forma obligatòria per als municipis de més de 20.000 hab. Per la diversitat tipològica dels municipis en les diferents autonomies, aquest esquema general no funciona igual en tot el territori, ja que el 80% dels municipis espanyols tenen menys de 20.000 hab.

En la majoria de casos, els municipis disposats a adoptar les competències sense estar obligats, no disposen de recursos propis per a desenvolupar aquesta tasca, ja que les dotacions depenen de les partides pressupostàries destinades a tal efecte des de les CA. En aquests casos, es dona una dependència estructural respecte al govern autonòmic, un procés de “recentralització”, on l’objectiu de proximitat queda desdibuixat.

Les **comunitats autònomes** assumeixen en exclusiva les potestats legislatives i reglamentaries, desenvolupant institucions específiques en virtut del reconeixement que se’ls dona en la Constitució de 1978 (CE, art. 148.20). Els governs autonòmics tendeixen a convertir-se en els últims responsables respecte als **serveis socials bàsics** encara que siguin els municipis els que gestionen els centres de atenció primària. La dependència financera, normalment condicionada, fa que aquest actor sigui en tots els casos l’última autoritat en determinar les taxes de cobertura. Les aportacions dels diferents nivells administratius al finançament del Pla Concertat evidència com els municipis cauen en una dependència financera, ja que per norma general, l’aportació de les CL és molt superior a la de les CA, tot i que el volum dels seus pressupostos depenen en gran mesura de les partides provinents dels governs autonòmics (Roldán i García, 2006). A més, les CA tendeixen a gestionar en exclusiva els **serveis socials secundaris** o especialitzats. La major especificitat d’aquests serveis implica la necessitat de cobrir un major territori des d’un mateix centre. Aquests serveis s’organitzen normalment per col·lectius, cosa que suposa una fragmentació en diversos programes. Es produeix una multiplicitat de “portes d’entrada” als serveis socials, generant confusió i desinformació entre els usuaris. Per exigències d’aquesta rigidesa burocràtica, la gestió sol atendre més a criteris organitzatius que a les necessitats de la ciutadania, diagnosticades segons criteris tècnics (Sarabia, 2007).

12.2.2. Sector Privat

Definim aquest sector d’iniciativa privada pel seu ànim de lucre, per tal de distingir-lo dels actors del tercer sector (associacions, federacions, fundacions, etc.), que anomenaríem *iniciativa social*. La participació d’aquesta iniciativa privada cobra protagonisme als darrers anys. Sense renunciar al concepte de la “responsabilitat pública”, veiem un notable augment de l’exteriorització i la gestió indirecta a través de convenis i concerts. La generalització de relacions entre les Administracions i els sectors privat basades en els concerts, convenis-programa, contractes, i subvencions, dona lloc a una massiva externalització dels serveis. Observem com les empreses i altres entitats lucratives són cada cop més presents, focalitzant-se en els àmbits autonòmics i locals, i sent absent la seva vinculació amb l’Administració General de l’Estat.

Donada aquesta creixent “externalització”, la responsabilitat pública de l’administració s’estructura en dues formes concretes d’actuació. Per una banda, l’administració actua com a autoritat pública, exercint funcions de supervisió i control de les corporacions privades que treballen en l’àmbit dels serveis socials, mitjançant la concessió de llicències. Per altra banda, l’administració pot funcionar com a gestora/prestado-

ra de serveis, ja sigui de gestió directa amb centres públics o per via indirecta mitjançant concerts i convenis. Entre la iniciativa privada i les administracions, normalment no es donen relacions de sinèrgia, col·laboració i aliança, i manquen canals oficials de comunicació (Fantova, 2007a). L'establiment de canals normalitzats de coordinació, amb estructures sinèrgiques amb beneficis potencials per a ambdues parts, podria millorar l'eficiència total del sistema.

Una mostra de la incomunicació és l'aparell jurídic que dona cobertura als convenis-programa. Des dels sectors privats s'ha incidit en la carència d'una fórmula jurídica específica per als concerts públics amb les entitats privades, que fa que els contractes s'hagin de formalitzar mitjançant la Llei de Contractes amb l'Administració Pública. Aquesta fórmula produeix una gestió burocràtica problemàtica i complexa, i una de les propostes de millora efectuades des dels àmbits professionals és la creació de Lleis Orgàniques específiques per a l'àmbit del Serveis Socials, com ja existeixen per a l'Educació o la Sanitat (Alonso Seco, 2007). Aquesta mesura simplificaria i agilitzaria la burocràcia administrativa, millorant la coordinació en les relacions existents entre el sector privat i l'administració.

12.2.3. Tercer Sector

El terme de Tercer Sector es defineix com a alternativa organitzativa front al Sector Públic i el Sector Privat. Tot i que es troba una terminologia variada que dificulta la precisió a l'hora de determinar la identitat d'aquest sector, es donen uns trets característics que permeten la referència a aquest sector com un tot: *l'exenció d'impostos, la voluntarietat, la donació i l'absència de lucre*. Aquest sector pren un paper protagonista en la reconstrucció de la *societat civil*, fomentant un reconeixement solidari de la ciutadania que assumeix responsabilitats tradicionalment assignades al Sector Públic. Precisament, un dels àmbits on més incidència ha tingut el sector social ha estat el dels serveis socials

En tractar de mesurar quantitativament la incidència real d'aquest sector, ens trobem amb serioses limitacions, inherents a la carència de una identitat definida i homogènia d'aquest sector que es reflecteixi a les institucions i registres. Seleccionem com a variable d'observació el número d'entitats no lucratives constituïdes en cada comunitat autònoma, tot i que sabem que amb aquesta dada no apreciem el volum real de voluntariat que s'hi associa. Com podem apreciar en el següent quadre, aquestes entitats es focalitzen en l'àmbit autonòmic, i el repartiment no es dona de forma homogènia a les diferents comunitats.

12.2.4. Sector Informal

Com expressa Gregorio Rodríguez Cabrero (2007), "La familia es el principal soporte de atención a los necesitados y dentro de ella el rol de la mujer como cuidadora informal. El énfasis en la responsabilidad de la familia puede traducirse en formas de exclusión social promoviendo la retirada de la mujer del mercado de trabajo y encu-

Taula 12.1

Entitats no lucratives d'acció social i serveis socials, per Administració a la que estan adscrites

	Fundació	Establiment assistencial	Altres sense fi de lucre	No classificables	Total
Administració General de l' Estat	521	-	74	-	595
Administració Autònoma	1.161	45	1.028	7	2.440
Andalusia	..	..	..	..	0
Extremadura	..	..	..	..	0
Galícia	..	..	..	..	0
Canàries	8	-	9	-	18
Aragó (1)	23	-	17	-	41
Rioja (La)	23	1	25	-	52
Astúries (1)	25	1	15	-	41
Cantàbria	28	1	37	-	67
Navarra	34	-	19	-	53
Balears	43	1	39	-	94
País Basc	46	7	52	-	108
Múrcia	49	4	39	1	98
Castella-la Manxa	56	6	68	-	132
Comunitat Valenciana	115	3	105	1	259
Castella i Lleó	136	10	149	1	304
Madrid	222	2	164	4	412
Catalunya	353	9	290	-	761
Total	1.682	45	1.102	7	3.035

Font: Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales. MTAS, 2006.

briendo un recorte del gasto público bajo el pretexto de la desinstitucionalización. En los países del Sur de Europa las familias y más concretamente, las mujeres son la columna vertebral del sistema de cuidados personales". La importància d'aquest sector com a agent proveïdor de serveis que s'inclourien dins del catàleg d'accions del sistema de serveis socials, no es correspon amb la limitadíssima presència de referències específiques dins la bibliografia especialitzada i les institucions de producció de dades. Com a estat que s'inclouria dins del "model d'Estat del benestar llatí-Mediterrani", els sectors informals, especialment les xarxes familiars, adquireixen una rellevància en la protecció front a l'exclusió difícilment mesurable. Tot i així, la tendència del sistema públic de serveis socials és la "penalització per l'existència de xarxes naturals de relació social" (Sarabia, 2007). En la majoria de barems per a la provisió de serveis, la presència de xarxes de recolzament familiar és un factor de penalització, i fins i tot d'exclusió directa. La progressiva externalització dels serveis,

amb la generalització dels models de provisió basats en el copagament pels usuaris (o per les seves famílies) aguditzen el problema.

Encara que aquesta sigui una tendència generalitzada, trobem polítiques de serveis socials destinades a recolzar, des de l'administració, aquestes xarxes informals. Així, veiem com les respectives conselleries creen subdireccions i instituts específics destinats al àmbit familiar. D'igual forma, la presència d'aquestes en els plans estratègics és creixent i tendeix cap a la prioritització. Però, entre les mesures destinades a ajudar a aquestes xarxes predominen les prestacions indirectes, basades en subvencions i dotacions.

12.2.5. Questions sobre els actors

Participació ciutadana individual

Dins del discurs oficial que ve orientant les polítiques públiques del sistema de serveis socials, un dels elements d'èmfasi és la participació de l'usuari en l'acció contra l'exclusió social. La idea de "governança" i "política social d'inclusió activa", com un procés d'implicació dels propis usuaris, apareix com un dels punts destacats del "V Pla Nacional de Acció per a la Inclusió Social" (PNAIn), com un principi guia que hauria d'orientar als diversos Plans de Acció de les CA i les CL. Les mesures orientades en aquest sentit inclouen pràctiques d'elaboració comuna dels programes d'inclusió, on el treballador social i l'usuari elaboren conjuntament el programa d'acció, subratllant el paper del ciutadà com a "subjecte actiu del procés de transformació".¹ La participació dels ciutadans a nivell individual, és a dir, en tant que usuaris dels serveis socials, se sintetitza a través de "diferents tallers, seminaris, reunions individualitzades, trobades, plens i debats, on les idees d'aquests es materialitzen en documents i suggeriments que s'inclouen en els programes i Plans d'acció".² Postures crítiques assenyalen que aquest tipus de col·laboració personalitzada reedita l'acció focalitzada sobre certs usuaris, subratllant el seu paper de exclòs, amb efectes perversos d'estigmatització. La situació de comunicació asimètrica establerta entre el treballador social, representant de la institució administrativa, i l'usuari individual que participa del programa, reproduiria el desnivell d'estatus social respecte a l'eix inclusió-exclusió. En últim terme, aquestes mesures serien percebudes com estratègies per al registre i control de la població exclosa, mitjançant l'elusió de la responsabilitat pública als programes d'inclusió. Aquest risc s'evidenciaria en comprovar que les funcions d'avaluació i supervisió dels programes quedaria sempre en mans dels treballadors institucionals. Front a aquesta forma de participació individual, es planteja l'alternativa de la "participació comunitària", com a mecanisme efectiu a l'hora d'exercir la Responsabilitat Cívica.

1 Plan Andaluz para la Inclusión.

2 <http://www.mepsyd.es/dctm/mepsyd/politica-social/inclusion-social/2009-0-plan-nac-accion-inclusion-social-2008-2010.pdf?documentId=0901e72b8003c6d2> [consultat el 15-03-2009].

Participació ciutadana col·lectiva

Com hem assenyalat en parlar de la importància del tercer sector i del sector privat el sistema de serveis socials es perfila cada cop més com un sistema complex, on els múltiples actors s'interrelacionen i interactuen. Aquest model s'apartaria d'un model de serveis socials on l'administració assoleix en exclusiva les competències i responsabilitats de provisió.

Les primeres Lleis Autonòmiques de Serveis Socials incloïen diferents ens consultius de caràcter social. Als **Consells Generals autonòmics** participen representants de l'Administració (autonòmica i local) i de les entitats socials (associacions d'afectats, entitats d'iniciativa social que actuen a l'àmbit, sindicats i associacions empresarials, representants dels professionals). Les funcions d'aquests consells se centra en la redacció d'informes i memòries, el seguiment i coordinació d'actuacions, i la presentació i estudi de propostes. Les darreres lleis de serveis socials no varien la naturalesa consultiva i assessora d'aquestes formes de participació, tot i que en ocasions s'augmenten les funcions o representants. Les lleis incideixen, ja sigui de forma genèrica o més detallada, en aquestes funcions dels Consells autonòmics: consultives per una banda, i per altra la creació i coordinació de Consells territorials a nivell municipal (Guillén i Vilà, 2007). Aquests ens consultius a nivell local, tendeixen a reproduir la proporció de representants, intentant reflectir la diversitat del sistema. En tot cas, la funció d'aquests consells continua sent consultiva, i, en última instància, el poder de decisió queda sempre reservat a les institucions administratives, que determinen la partida pressupostària destinada als serveis socials. Dins dels sectors representats en els diferents consells, volem fer especial incidència en la participació d'associacions professionals, com ara els col·legis de treballadors socials de les diferents províncies i comunitats, organitzats a nivell nacional en el Consell General de Col·legis de Treball Social. La seva participació en el sistema de serveis socials no es limita a l'acció tècnica sotmesa a la direcció de les administracions, sinó que en més d'una ocasió funciona com a element crític de les instàncies hegemòniques, reivindicant més presència dels debats entorn als serveis socials en els principals fòrums polítics.

Així, el sistema de serveis socials es presenta com un complex entramat d'actors on els serveis garantits per la "responsabilitat pública" son proveïts per actors de diferents tipus. Però aquesta distribució de tasques no es dona de forma homogènia o aleatòria, sinó que s'observa un procés d'especialització funcional, depenent de les característiques i motivacions comuns de cada tipus de actor.

Com veiérem, els **serveis socials comunitaris** o de base són competència prioritària de les administracions públiques de les **corporacions locals**. En aquest apartat dels serveis socials primaris, observem com les administracions tracten de generar sinèrgies profitoses amb la iniciativa social (mitjançant el finançament de programes concrets des del ministeri o els governs autonòmics, les entitats no lucratives poden assolir competències pròpies dels serveis socials primaris corresponents a les corpo-

racions locals, com ara labors de informació i orientació, prevenció i inserció, etc., materialitzades en un ampli sector de l'activitat associativa dedicada a la "sensibilització"). Aquestes sinèrgies, si no s'organitzen de forma coordinada amb les administracions responsables (CL), poden generar problemes de duplicitat i sobreposició, generant confusió entre els usuaris en multiplicar les portes d'entrada al sistema de serveis socials (Sarabia, 2007). Respecte als serveis **socials especialitzats**, trobem principalment una distribució entre els centres i serveis de **titularitat pública o concertada**, i els centres i serveis produïts per la **iniciativa privada**, amb una presència d'entitats no lucratives del **tercer sector**. En aquest cas, la distribució funcional ve principalment definida per l'ànim de lucre del sector privat, podem comprovar com es dona una major presència de la iniciativa privada en sectors com l'atenció a la drogodependència, majors (vegeu: Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO), Informe 2006) o malalts crònics (centres de dia, residències...). Per contra, altres sectors com l'atenció de persones sense llar (vegeu: Encuesta de personas sin hogar, 2006) són coberts quasi en exclusiva per les administracions públiques i entitats no lucratives, ja sigui mitjançant la gestió directa o la concertació.

12.3. Serveis socials i recursos humans

Segons dades de l'EPA de l'any 2006, **l'1,7% dels assalariats corresponien a aquesta branca d'activitat**. A més, si és té en compte la rapidesa de l'expansió de l'ocupació, on les xifres mostren que només entre 1999 i 2004 la quantitat d'assalariats s'ha duplicat, cal preguntar-se per les característiques i condicions de contractació, professionalització i regulació d'un sector que, donada la multiplicitat d'agents implicats en la prestació dels serveis, la fragmentació institucional, i la tradició assistencialista de la qual prové, troba serioses dificultats a l'hora de desenvolupar maneres efectives de regulació i coordinació.

No obstant això, en tractar de fer una aproximació analítica del tema ens trobem que d'una banda, les fonts són variades i rarament permeten una anàlisi cronològica o comparativa de les dades; per altre, en tractar-se d'un sistema tan divers i fragmentat, els sistemes d'informació a nivell estatal no han assolit, com en les àrees de Salut o Educació, la sistematització de la informació, dificultant encara més els diagnòstics i avaluacions del sector. Malgrat això, intentarem realitzar una aproximació a les **principals característiques del sector** respecte a l'ocupació, des d'una perspectiva general d'Espanya (a partir de dades elaborades pel Observatorio de Relaciones Industriales del Consejo Económico y Social, 2006).

Important i veloç creixement de l'ocupació en el sector. Segons dades de l'EPA l'ocupació total assalariada s'estimava en unes 338.440 persones en 2006, el que significa l'1,7% del total d'assalariats. Així mateix, l'evolució de l'ocupació en el sector es duplica en 5 anys, des de 1999 a 2004, i entre 2004 i 2006 el percentatge ha

Taula 12.2

Entitats, segons col·lectiu atès, per l'Administració on estan registrades. (2005)

	Minories ètniques		Persones en risc d'exclusió social		Toxicòmans		Refugiats i asilats		Emigrants i immigrants		Col·lectius en situació de necessitat per catàstrofes		Altres grups en situació de necessitat	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Administració General de l'Estat	19	5,6	20	5,9	28	8,2	6	1,8	81	23,8	0	0,0	187	54,8
Administració Autonòmica	228	10,8	237	11,3	324	15,4	18	0,9	334	15,9	4	0,2	960	45,6
Andalusia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Extremadura	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Galícia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Canàries	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	3	23,1	0	0,0	8	61,5
Rioja (La)	2	6,7	2	6,7	6	20,0	0	0,0	7	23,3	0	0,0	13	43,3
Astúries (1)	3	9,7	5	16,1	3	9,7	0	0,0	10	32,3	0	0,0	10	32,3
Cantàbria	3	8,1	5	13,5	8	21,6	0	0,0	7	18,9	0	0,0	14	37,8
País Basc	4	3,9	21	20,6	20	19,6	2	2,0	15	14,7	0	0,0	40	39,2
Aragó (1)	5	38,5	5	38,5	1	7,7	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	7,7
Balears	8	11,4	5	7,1	8	11,4	0	0,0	29	41,4	0	0,0	20	28,6
Castella-la Manxa	10	8,1	1	0,8	6	4,9	0	0,0	11	8,9	1	0,8	94	76,4
Navarra	14	31,8	7	15,9	7	15,9	0	0,0	5	11,4	0	0,0	11	25,0
Múrcia	18	14,4	11	8,8	17	13,6	0	0,0	55	44,0	0	0,0	24	19,2
Madrid	21	4,3	48	9,8	104	21,2	11	2,2	77	15,7	3	0,6	227	46,2
Catalunya	22	3,6	84	13,9	79	13,0	1	0,2	35	5,8	0	0,0	385	63,5
Castella i Lleó	25	13,9	17	9,4	44	24,4	1	0,6	37	20,6	0	0,0	56	31,1
Comunitat Valenciana	93	38,9	24	10,0	21	8,8	2	0,8	42	17,6	0	0,0	57	23,8
Total	247	10,1	257	10,5	352	14,4	24	1,0	415	17,0	4	0,2	1.147	46,9

Font: Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales, MT.

crescut en un 70,6% estimant que aquesta tendència creixent es mantindrà, donat l'impuls que suposa el nou sistema d'atenció a persones amb dependència, amb un potencial de creació de llocs de treball estimat entre 160.000 i 262.735, durant el període 2005-2010.

Estructura organitzacional en petites i mitjanes empreses i entitats. La mitjana de la grandària de les empreses i entitats prestadores de serveis a Espanya és de 24 persones per entitat amb ocupació i de 20 per al conjunt del sector. Pel que podem dir que el sector té una estructura organitzacional petita i mitjana, ja es tracta d'agents amb o sense fins de lucre.

Feminització del sector. Una de les principals característiques del sector és la seva feminització. Les treballadores constitueixen el 84% del total de 339.000 persones que treballen en aquesta branca d'activitat, en contrast amb les xifres generals sobre el mercat de treball espanyol que manté una de les taxes més desequilibrades d'Europa.

Alt nivell de formació. Destaca també l'alt grau de formació que es dona entre les persones que treballen en el sector (29,5% amb estudis universitaris i 17% amb títol de formació professional), que superen les mitjanes estatals (21% i 8% respectivament).

Forta presència de treballadores llatinoamericanes. Si bé la presència de treballadors i treballadores estrangers és d'un 12%, un punt per sota de les mitjanes del total dels ocupats, dins d'aquest percentatge és rellevant la forta presència de treballadors d'Amèrica del Sud (62%) seguits pels africans (16%). Aquests percentatges superen la seva representació en el conjunt de treballadors estrangers (45% i 2%, respectivament) pel que es pot dir que aquest sector constitueix un nínxol d'ocupació per a aquests col·lectius.

Contractació temporal i predominança del sector privat. D'acord amb l'Enquesta de Població Activa, en el sector de serveis socials els contractes temporals tenen una presència superior en vuit punts per sobre la mitjana del conjunt de la població, el que permet donar-se una idea de la fragilitat i precarització del sistema paral·lelament a la seva expansió. Per altra banda, les tres quartes parts dels assalariats pertanyen al sector privat, ja siguin empreses o entitats sense fins de lucre.

Alta exigència i intensitat en les condicions de treball. L'opinió dels treballadors defineix aquesta branca d'activitat com aquella que registra més exigències mentals respecte al nivell d'atenció requerit, ritme, quantitat de treball i conseqüència dels errors (V Enquesta Nacional de Condicions de Treball-2003) i també és una de les que presenta més proporció de malestar entre el seu personal. Aquestes opinions han de tenir-se en compte, donades les creixents pressions que existeixen sobre els serveis socials sense un correlat d'estabilitat, millores en les condicions o prestigi institucional. Tant en estudis quantitius com el plantejat, com en altres més qualita-

tius, la percepció dels treballadors sobre l'estatus i reconeixement del sector dins dels serveis públics és molt baixa (Subirats, 2007)

Heterogeneïtat de condicions entre sectors i intrasectors. Si es tenen en compte les condicions diferencials de contractació entre el sistema públic i el dels seus proveïdors privats, l'heterogeneïtat i desigualtat de condicions de contractació és notable, al mateix temps que complexa d'analitzar. Fins i tot dins del sector públic la fragmentació institucional facilita la reproducció de les desigualtats entre els diversos nivells d'atenció d'un mateix territori. Així, els serveis especialitzats que solen dependre de les CA, presenten en general avantatges comparatius pel que fa a les contractacions dels municipis dels quals depèn l'atenció primària. També les diferències es reproduïxen entre les diferents CA en no regir-se un marc general de contractació, condicions i regulació.

12.4. Formes de gestió

12.4.1. Planificació multinivell

El concepte de planificació ha estat definit com l'instrument administratiu que proveeix una base racional per a la presa de decisions; implica la identificació i l'anàlisi de problemes; la cerca d'alternatives i la selecció de la més apropiada per a la seva solució (Mora, 1996). Aplicant aquest plantejament a la planificació en el Sistema de Serveis Socials, trobem que les divergències de criteris dificulten fins a cert punt les planificacions globals, tot i que la preeminència del Sector Públic en matèria de planificació permet establir documents (Plans) que haurien d'orientar l'acció global del sistema. El fet que les competències de serveis socials estigui concentrada principalment en l'àmbit autonòmic, però la gestió i actuació directa es trobi distribuïda en múltiples organitzacions (públiques, privades, iniciativa social) i administracions (autonòmiques, municipals i supramunicipals), ha vingut produint una gran fragmentació programàtica, on és freqüent la duplicitat i la superposició d'accions.

Els principals instruments de coordinació multinivell són els **Plans Nacionals de Acció per a la Inclusió Social** (PNAIn), promoguts des del MTAS (actualment MEPSyD) seguint una tendència europea establerta a la estratègia de Lisboa (2000). Establint com a principi el Mètode Obert de Coordinació (MOC), d'acord amb el plantejat per la Comissió Europea, els PNAIn cerquen una convergència de les mesures adoptades pels diferents estats membres en assumptes en què ostenten competències exclusives. Seguint una lògica de coordinació horitzontal, els documents adopten formes de "Dret Indicatiu", sense ostentar el nivell de reglaments o directrius. Encara que des de les institucions europees se cerca aquesta convergència, que al nostre estat hauria d'arribar fins al nivell municipal, trobem una fragmentació de programes que repercuteix en el sistema de serveis socials, creant en la pràctica 17 subsistemes in-

dependents escassament coordinats. A nivell operatiu, això es reflecteix en els diferents Plans Autonòmics d'Inclusió, que lluny de seguir una estructura anàloga, es desenvolupen en infinitat de Plans Sectorials i institucions descentralitzades de les conselleries destinades a col·lectius concrets de la població.

12.4.2. Coordinació i racionalització en la gestió

Un sistema de serveis socials integrat, amb capacitat per donar una resposta unificada i personalitzada en funció de cada cas, no pot menystenir la necessitat d'una **acció coordinada**. Aquest concepte ambigu es pot observar segons l'existència de *canals de comunicació formalitzats que permetin una interrelació eficaç* (Martínez et al., 1996). En el cas de les coordinacions interautonòmiques, es dona un bloqueig total a l'hora d'organitzar estratègies d'actuació conjunta (Sarabia, 2007), el que ens permetria parlar de 17 subsistemes de serveis socials totalment hermètics entre si, en termes de operativitat. Aquesta falta de coordinació es pot apreciar en la carència de canals formals de comunicació horitzontal (independents de l'Administració General de l'Estat), que es reflecteix en la diversitat de prioritats en la planificació de les grans estratègies autonòmiques. L'escassa coordinació interautonòmica comporta problemes en l'atenció a l'usuari, com la discontinuïtat en l'atenció per eventuais desplaçaments, l'obligació efectiva de canviar de residència per rebre una atenció que no es dona en la comunitat d'origen.

Els principals debats tècnics que es donen als serveis socials se centren al voltant del dilema *Universalisme vs. Acció focalitzada*, o *Personalisme vs. Comunitarisme* (Rol-dán y García, 2006). Segons s'arreplega de les experiències presentades als fòrums europeus de debat sobre la matèria, la majoria provinents dels països escandinaus, l'àmbit local apareix com el preferent a l'hora de resoldre aquest dilema. La proximitat dels serveis socials es presenta com un valor indispensable a l'hora de proposar unes polítiques socials dirigides a tots els ciutadans, amb la capacitat de personalitzar i adequar les mesures necessàries a cada usuari. Independentment del grau de competència que assoleixi l'àmbit local, hi ha una sèrie de mesures que apareixen com a potencials millores a l'hora de trobar aquesta optimització de la gestió. Trobem propostes com, per exemple, la "porta única" (única porta d'entrada al sistema de serveis socials), el "professional de referència" (possibilitant estratègies de *case management*, amb orientació i atenció individualitzada de cada cas), o el "Sistema de Informació de l'Usuari dels Serveis Socials" (fitxa informàtica de l'usuari amb finalitats tècniques). Totes aquestes mesures estan orientades cap a l'orientació i gestió individual dels casos dels usuaris, possibilitant una planificació racional de l'acció d'inclusió.

12.4.3. Divisió organitzativa en el disseny institucional

Els **serveis socials bàsics** es dissenyen com un servei polivalent destinat a cobrir les prestacions bàsiques encarregades a les corporacions locals. Els equipaments bàsics propis d'aquest nivell són el Centre de Serveis Socials, el Centre d'Acol·lida, i els

Albergs. Amb aquests equipaments, es pretén proveir les prestacions mínimes, que inclouen:

- *Informació i orientació*: aquesta prestació es caracteritza per la seua ambigüïtat, i per tant no és estrany trobar una àmplia diversitat a l'hora de determinar coberta aquesta prestació. La concepció majoritària d'aquesta prestació és la de la "porta d'entrada". Si bé, fins ara la funció de informació i orientació havia estat gestionada principalment pels Centres de Serveis Socials gestionats per les Administracions Públiques de les corporacions locals, aquesta funció comença a ser assumida per Entitats no Lucratives del Tercer Sector (Roldán i García, 2006).
- *Ajuda a domicili*: aquest servei inclou ajudes de tipus sociorelacional, material, o de caràcter complementari (com, per exemple, sistemes d'alarma per a la tercera edat). Les escasses prospeccions de demanda realitzades indiquen que aquest servei encara està molt poc desenvolupat en l'Estat espanyol, arribant només a cobrir un 10% de la demanda potencial.
- *Allotjaments i convivència*: des dels serveis socials s'actua sobre els casos que careixen d'un "ambient familiar adequat". Mitjançant un diagnòstic tècnic i valoració del cas, que exigeix una atenció detallada, es triaria quina seria l'opció més adequada en cada cas, sent els *albergs*, *centres d'acollida*, *centres de dia*, i *vivendes tutelades*, les opcions més utilitzades.
- *Prevenió i inserció social*: com hem vist en parlar dels successius PNAin, aquest apartat se sol abordar des de l'òptica sociolaboral, amb polítiques d'inclusió activa i corresponsabilitat de l'usuari. L'equip específic més comú és el *centre ocupacional*, el fi del qual es la rehabilitació de l'usuari en els àmbits personal, social i laboral, amb l'objectiu final de la màxima autonomia.
- *Cooperació Social, foment del Voluntariat*: aquesta prestació fa referència a la necessitat de coordinació de les administracions públiques amb les entitats pròpies del tercer sector.

Als **serveis socials especialitzats** predomina una estructuració per col·lectius, tractats com a compartiments estancs de població, en compte d'una estructuració per àrees d'actuació degudament integrades. Aquesta estructuració legislativa, combinada amb la intenció totalitzadora i omnicomprensiva de les administracions autonòmiques, duu al sobrecarregament del sistema, que es fragmenta en infinitat d'instituts i òrgans específics de gestió. El resultat sol ser una divisió formal dels recursos disponibles, en funció de criteris burocràtics rígids més que a les necessitats potencials dels ciutadans. Com ja s'ha apuntat en l'apartat anterior, aquesta carència organitzativa podria millorar-se amb la inclusió de canals formalitzats de comunicació entre les diferents subseccions de les conselleries, evitant així accions duplicates o paral·leles (Sarabia, 2007)

Per acabar, en aquest apartat, assenyalem la necessitat d'una correcta *delimitació competencial i de responsabilitats* en les lleis, evitant les duplicitats entre administracions i el desdibuixament de les responsabilitats respecte als drets i deures dels usuaris i els proveïdors privats de serveis socials (Alonso Seco, 2007; Guillén i Vilà, 2007).

12.4.4. Transversalitat amb altres sistemes

Ampliant el concepte de coordinació i acció integrada a tot el Sistema de Benestar, es evident que el Sistema de Serveis Socials està destinat a actuar conjuntament amb "altres branques de l'arbre social" (Casado, 2007a). Alguns dels sectors on aquesta transversalitat o acció coordinada és més forta són: assistència sanitària; serveis educatius; polítiques de rendes personals; protecció social a l'habitatge; etc. Per interactuar amb el Sistema de Serveis Socials, assenyalem les fases d'una possible actuació integral: accés i acollida; diagnòstic de la persona i l'entorn o avaluació de les necessitats i recursos; planificació i programació; realització de la intervenció; coordinació; registre, seguiment, avaluació; gestió de la sortida. Així, depenent de la dimensió que compregui la col·laboració, podríem parlar d'una actuació integral a nivell *macro* (entre sistemes, branques, xarxes), a nivell *meso* (entre organitzacions, institucions) o a nivell *micro* (nivell d'unitats d'actuacions). En els actuals sistemes de serveis socials, no tenim constància de col·laboracions formals i normalitzades amb altres branques a nivell *macro* o *meso*, tot i que podem intuir que existeixen formes de acció integrada informal a nivell *micro*, especialment involucrant els entramats humans (Subirats, 2007: 56).

L'actuació conjunta amb la branca de l'assistència sanitària és potser la més evident. Els serveis socials tindrien competències en situacions eventuais o episòdiques, com la primera infantesa o grans dependents amb possibilitats de crisi de salut. Per altra banda, en casos de malalties cròniques o discapacitats permanents, les atencions mèdiques són insuficients si no s'acompanyen d'una atenció personalitzada de caràcter continuat. En la majoria de casos, són les xarxes familiars les que proveeixen aquestes atencions, però com hem dit abans, un sistema de serveis socials que aspiri a la cobertura universal ha d'evitar una sobrecarrega d'aquest sistema informal, que comporta una situació potencial de malestar en ambdues parts implicades. Per evitar açò, alguns equipaments de serveis socials, com centres de dia o residencials, inclouen departaments d'assistències sanitàries. De forma paral·lela, alguns serveis sanitaris, com els hospitals de llarga estància, inclouen ajuda personal. Però són escasses, i normalment provinents del tercer sector, les entitats que gestionen o proveeixen un servei integrat continuat. Com a possible solució, es planteja la creació d'una tercer (o nou) sistema (interposat), que tipificat com a "Sistema Sociosanitari" gestionaria accions integrades com les que hem mencionat. Aquesta proposta, tot i ser defensable en un pla teòric abstracte, suscita el rebuig d'especialistes per a la seva aplicació en l'àmbit espanyol, donades certes característiques conjunturals i relatives dels sistemes sanitaris i de serveis socials. Així, Fernando Fantova (2007b) assenjala referenta a això que aquesta proposta "crea problemes al sistema menys

articulat i més fràgil: el de serveis socials, en la mesura en què treu fluxos de recursos, varietat de persones usuàries i cabdal de legitimació social que tant es necessita. Generant, per altra part, nous problemes de coordinació o integració entre la nova branca i les dues adjacents.

Com veiem, la col·laboració transversal dista molt de ser una activitat normalitzada entre els diferents departaments. Com hem dit en parlar de la necessitat de coordinació, la rigidesa burocràtica de les institucions, sumat a la carència de canals formalitzats de comunicació interdepartamental, fan que el Sistema de Serveis Socials no es vinculi amb les altres branques en la mesura que caldria, donades les necessitats potencials i els nous riscos d'exclusió social. Així, els serveis socials veuen com enfront a la quantitat de duplicitats i confrontació de competències, el seu caràcter tècnic especialitzat com a branca autònoma del Sistema de Benestar es va desdibuixant. Moltes de les dificultats que troben els departaments de conselleries o secretaries municipals de serveis socials per coordinar-se amb altres instàncies és fruit de l'estructuració funcional i territorial que s'especifica en les lleis de serveis socials. Com s'ha dit a l'apartat anterior, els serveis socials de nivell primari s'assignen a les corporacions locals com a àmbit propi, estructurant el territori en "àrees bàsiques", quedant àrees més àmplies per als serveis socials de nivell secundari (normalment tot el territori autonòmic). L'establiment d'aquestes àrees bàsiques dificulten les coordinacions amb la resta de branques del benestar, que estableixen el seu mapa d'intervenció. Front a aquesta situació, una innovació destacable per part de la nova llei asturiana, a l'hora d'establir el seu mapa competencial, és determinar que "las áreas de servicios sociales coincidirán con las establecidas en el Mapa sanitario de Asturias" (art. 14.2).

Donat aquest escenari, que a priori podria semblar desfavorable per a les accions coordinades, hem de mencionar certes fórmules que han donat bons resultats en la coordinació sociosanitària (Fantova, 2007b), pensant en les possibilitats d'influència que des d'aquest sector es pot donar a les altres zones limítrofes de cooperació amb altres sistemes del benestar. En primer lloc, aquestes han de partir dels processos de producció normativa i de planificació social. Això donaria lloc a una identificació detallada de catàlegs i carteres de serveis, que permetria flexibilitzar la gestió mitjançant la preparació de "paquets de cures", combinant actuacions de tots els serveis, personalitzats per a cada cas. Així, des d'una planificació conjunta a nivell *macro*, es podria arribar a una gestió pública personalitzada a nivell *micro*, realitzant processos de "gestió de casos" (*case management*) centrades en l'usuari, que potencialment és usuari de més d'un servei o, fins i tot, de més d'un sistema.

12.4.5. Models de provisió del benestar

Abordarem, en aquest últim apartat, les formes concretes de provisió mitjançant les quals el sistema públic de serveis socials es relaciona amb els usuaris. L'hem caracteritzat anteriorment com un "sistema mixt", on la presència del sector públic (propi) és molt menys significativa que en altres sistemes del benestar, amb un important factor d'externalització recolzats en la presència dels sectors privat i social. En parlar

de models de provisió, volem referir-nos a l'eix continu entre provisió directa pel sector públic, i l'absència d'aquest en certs elements corresponents als serveis socials, fet que fa que hagi de ser atès per altres sectors del benestar social.

La formalització d'un **catàleg de serveis**, que no sols sigui públic sinó que es difongui com una de les tasques d'"informació i orientació", pròpies del sistema públic de serveis socials, seria un primer pas necessari per possibilitar una gestió racional, coordinada i flexible, del sistema públic de serveis socials (Casado, 2007b). D'aquesta forma, les prestacions "en espècie" es concreten de forma que pugui ser realment exigible pels ciutadans. La intenció de formalitzar un Catàleg de Serveis (o "Cartera de prestacions") apareix reflectida en les darreres lleis autonòmiques, i els darrers anys comença a aparèixer mitjançant decrets dels diferents governs autonòmics (Navarra, Decreto Foral 69/2008; Catalunya, Decret 151/2008). En aquestes, s'especifiquen quins serveis socials seran drets exigibles, i s'inclouen altres que estaran disponibles "segons dotació pressupostària". Hem de suposar, donat que apareix en totes les noves lleis la previsió d'elaboració d'aquesta cartera de prestacions, que la tendència en la resta de comunitats serà cap a la formalització d'aquestes carteres.

No obstant, el contingut de les prestacions pot variar molt, i la forma de proveir els diferents serveis dependrà en gran mesura de la forma en què s'apliqui i els actors produeixin els serveis. Ja s'ha parlat en l'apartat de distribució funcional, com el sector privat i la iniciativa social tendeixen a concentrar-se en col·lectius determinats, dificultant en certa forma la coordinació i el tractament global del sistema de serveis socials. Front al model de provisió públic, tenim el pol oposat d'externalització dels serveis, mitjançant provisió de "**xecs-servei**" o subvencions per a la provisió del servei en el mercat. Concretament, la Llei valenciana i la Llei de Madrid. Igualment, la generalització dels models de **copagament** en centres concertats i propis, es una tendència que apareix reflectida en les noves lleis. Tot i donar-se un discurs vers la universalització i gratuïtat, (València, arts. 4d i 57; Madrid, 19.1) apareixen sovint referències a la "participació de l'usuari en el finançament del servei, en la mesura de les seves possibilitats". Normalment, s'estableix una divisió entre unes prestacions bàsiques i gratuïtes, i unes altres d'especialitzades que requereixen la participació de l'usuari en el finançament.

12.5. Conclusions: proposta de classificació?

Tenint en compte l'anàlisi de la dimensió operativa dels serveis socials podríem parlar a priori de 17 sistemes autònoms de Serveis Socials amb característiques diverses a partir dels següents eixos.

Externalització. Com a sistema mixt de responsabilitat pública, les administracions, en qualsevol dels seus nivells (predominant l' autonòmic) apareix com a última res-

pensible del funcionament del sistema. No obstant, com hem observat al llarg de l'estudi, la gestió indirecta dels serveis apareix com una forma normalitzada de proveir els serveis de benestar, exercint l'Estat la seva responsabilitat mitjançant l'exercici de la funció normativa, la planificació general, i la supervisió i vigilància de la resta d'agents. En el nostre estudi, per tal de considerar l'externalització del sistema de serveis socials, mesurem el Sector Privat i el Tercer Sector en relació al Sector Públic. Igualment, podem considerar la proporció de personal contractat com a "plantilla", en relació al personal contractat com a "prestació de serveis". Considerem també certs models de provisió, com ara el "xec-servei" o la generalització del copagament, com una forma d'externalització. Aquests indicadors apareixen indistintament en les CA sense que es pugui apreciar una distinció clara.

Descentralització. Un dels principis rectors del sistema de serveis socials és la proximitat a l'usuari, que permetria la flexibilitat organitzativa necessària per a gestionar cada cas de la forma adient. Els serveis socials apareixen, en principi, com a competència exclusiva de les comunitats autònomes, però la tendència descentralitzadora incrementa les competències de les corporacions locals. El repte de futur seria que aquesta descentralització en competències estigui acompanyada de la corresponent capacitat per a la gestió de recursos pressupostaris, ja que pel contrari trobem una recentralització en els governs autonòmics.

Participació ciutadana. Donat el constant qüestionament del principi de responsabilitat pública, i l'erosió de legitimitat de l'Estat en base a la seva eficiència, apareix com a principi alternatiu la "Responsabilitat Cívica". En aquest context, la participació dels diferents agents que conformen el Sistema de Serveis Socials es presenta com una mesura d'optimitzar la gestió, estenent el debat més enllà d'aspectes estrictament tècnics, i permetent el qüestionament dels recursos destinats a aquest sistema i la seva avaluació. Combinat amb l'eix cap a la descentralització, tenim que la participació arriba fins al nivell de centre de serveis socials, alterant la relació establerta entre els professionals del treball social i els usuaris del sistema. Per ubicar les CA al llarg d'aquest eix, considerarem l'eficiència i efectivitat dels òrgans formals de participació, a tots els nivells (de l'autonòmic al centre de serveis).

Coordinació. El Sistema del Benestar es comprèn com un gran sistema de provisió de serveis que inclou tot un ample ventall de subsistemes, prestacions, i agents proveïdors. Des d'aquest punt de vista, els Sistemes de Serveis Socials integren una gran diversitat d'agents amb objectius i demandes diverses, i l'eficiència del sistema en sentit global depèn de la capacitat de tots aquests de funcionar de forma coordinada, posant en comú recursos i metes. Com hem detallat al llarg de l'estudi, la coordinació passa per diferents processos, des d'una correcta planificació multinivell arribant a una convergència en els objectius globals del sistema, fins a l'aplicació de tècniques i mètodes de treball que possibiliten l'acció integrada, com la implantació d'un Sistema d'informació de l'Usuari estandarditzada i operativa, o l'existència de canals i protocols de comunicació formalitzats entre els diversos subsistemes.

Aquests intents de crear bons sistemes de coordinació apareixen a les CA de forma difusa, com un constant *desideratum*, sense que es pugui apreciar un desnivellament clar en aquest aspecte.

Establerts aquestos eixos, i tenint en compte les diferents variables que hem vingut arreplegant al llarg de l'estudi (no totes estandarditzades ni de naturalesa quantitativa), Trobem, en línies generals, uns Sistemes de Serveis Socials gestionats de manera desordenada i sense uns fonaments efectius i clars, que orienten les actuacions com un bloc. Trobem, no obstant, uns principis rectors que, si més no, compleixen una funció discursiva i orienten els progressius moviments dels sistemes. Aquests principis s'arrepleguen als Plans Estratègics i els desenvolupaments normatius sense que es puguin apreciar divergències o enfrontaments teòrics. Trobem, per tant, estratègies de mimetisme en l'aplicació de tècniques i mesures concretes (la formalització d'un catàleg, la implantació del SIUSS...) que no sempre actuen seguint les mateixes prioritats. Així doncs, estaríem parlant d'una tendència a l'homogeneïtzació, segons es pot observar en els desenvolupaments normatius i les formes de gestió, que es desenvolupen seguint uns mateixos principis rectors, tot i que a ritmes molt irregulars i descoordinats, fent pensar, per moments, que no totes les comunitats avancen en la mateixa direcció. En front a aquesta situació, tot intent de classificació ha resultat incoherent.

12.6. Bibliografia

Alonso Seco, J. M., "Mejoras jurídico institucionales en los servicios sociales", Casado D.; Fantova F., *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid: Caritas Española Editores y Fundación FOESSA, 2007.

Casado, D., "La rama de los servicios sociales", Casado D.; Fantova F., *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid: Caritas Española Editores y Fundación FOESSA, 2007 (a).

—, "Demandas y reforma de la oferta técnica de los servicios sociales", Casado D.; Fantova F., *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid: Caritas Española Editores y Fundación FOESSA, 2007 (b).

Consejo Económico y Social, "Empleo y Relaciones laborales en el sector de los Servicios Sociales y la atención a la Dependencia", a *boletín del Observatorio de Relaciones Industriales* nº 96, desembre 2006.

Fantova, F., "Elementos de diagnóstico técnico e institucional de los servicios sociales en España y propuestas para su mejora", Casado D.; Fantova F., *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid: Caritas Española Editores y Fundación FOESSA, 2007 (a).

- , “Medidas orgánicas y funcionales para la coordinación estructural de los servicios sociales”, Casado D.; Fantova F., *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid: Caritas Española Editores y Fundación FOESSA, 2007 (b).
- Guillén, E.; Vilà, A., “Los cambios legislativos recientes en materia de servicios sociales”, Casado D.; Fantova F., *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid: Caritas Española Editores y Fundación FOESSA, 2007.
- Martínez Román, M. A. (et. al.), “Sistema público de servicios sociales en España”, Alemán Bracho, M.C.; Garcés Ferrer, J. (dir.), *Administración social: servicios de bienestar social*, Madrid: Siglo XXI Editores, 1996.
- Mora Temprano, M. A., “Planificación de servicios sociales”, Alemán Bracho, M.C.; Garcés Ferrer, J. (dir.), *Administración social: servicios de bienestar social*, Madrid: Siglo XXI Editores, 1996.
- Moreno, L., *¿Existe una malla de seguridad en la Europa del Sur?*, (www.iesam.csic.es), 2003.
- Rodríguez Cabrero, G., “Financiación de de los servicios sociales con especial referencia a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Situación de propuestas de mejora”, Casado, D.; Fontova F., *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España*, Madrid: Caritas Española Editores y Fundación FOESSA, 2007.
- Roldán García, E.; García Giráldez T., *Políticas de Servicios Sociales*, Madrid: Síntesis, 2006.
- Sarabia, A., “Propuestas de mejora en la organización y gestión de los servicios sociales. Diagnóstico funcional y sugerencias de cambio”, Casado D.; Fantova F., *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*, Madrid: Caritas Española Editores y Fundación FOESSA, 2007.
- Schiff, J.; Weisbrod, B., “Competition between for-profit and nonprofit organizations in commercial markets”, *Annals of public and cooperative economics*, vol. 62, nº 4, 1991, p. 619-639.
- Subirats, J. (dir.), *Los Servicios Sociales de Atención Primaria ante el cambio social*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.

13.

DESCENTRALITZACIÓ I DESIGUALTAT EN L'ESTAT DEL BENESTAR: EVOLUCIÓ SOCIOESTRUCTURAL, PERCEPCIONS I POLÍTIQUES AUTONÒMIQUES

Raquel Gallego i Joan Subirats



L'impacte de la descentralització sobre les (des)igualtats territorials al si dels estats del benestar ha estat un tema present internacionalment durant les darreres tres dècades, tant en l'àmbit acadèmic com en l'àmbit de la praxi política (McEwen i Moreno 2005, Rodríguez-Pose i Gill 2004). L'anàlisi de l'experiència de l'Estat espanyol en aquest tipus de procés és significativa i rellevant empíricament, en la mesura que presenta característiques diferents respecte als casos més treballats a nivell comparat. Específicament, el fet que la descentralització es produís, no amb posterioritat, com en la gran majoria de països desenvolupats, sinó de manera simultània a la construcció d'un estat del benestar, permet enriquir la literatura comparada existent. Al mateix temps, aquesta singularitat permet fer aportacions analíticament rellevants al debat teòric sobre el tema. En aquest sentit, podríem plantejar si aquesta simultaneïtat comporta impactes sobre l'evolució de les (des)igualtats territorials diferents que s'han evidenciat en estats on la descentralització es va produir amb posterioritat a la consolidació de l'estat del benestar.

La descentralització en l'Estat espanyol ha seguit, d'una banda, unes pautes dilata-des en el temps (i encara no tancades del tot) que han estat subjectes a negociacions predominantment bilaterals entre el govern central i els autonòmics. D'altra banda, durant aquest temps, els governs autonòmics de nova creació han tingut àmplies capacitats per formular i implementar polítiques de benestar en el marc d'una normativa bàsica estatal que no sempre ha precedit temporalment a les iniciatives d'algunes autonomies. És a dir, els processos de difusió de polítiques públiques (d'imitació, d'aprenentatge o d'adaptació) tant des del punt de vista del discurs com de les opcions substantives i operatives en joc, no han seguit un esquema direccional clar. En alguns casos, la innovació ha partit d'alguna o algunes comunitats autònomes, i s'ha anat difonent tant per altres autonomies com cap al govern central. En altres casos, ha estat el govern central el pioner en plantejar les directrius que marquen posicionaments i actuacions en determinats àmbits sectorials. I en d'altres casos, govern central i autonòmics han adoptat els paràmetres indicats per la Unió Europea o, inclús, altres instàncies a nivell internacional.

És en aquest context que, a l'inici d'aquest projecte, ens plantejàvem les següents preguntes: en quin sentit les relacions detectades entre règims institucionals de benestar i realitats socials estructurals prefiguren a les diferents comunitats autònomes escenaris més o menys tendents cap a la redistribució equitativa de recursos o bé cap a la reproducció de certes dinàmiques de desigualtat social? Permet l'anàlisi establir línies de correspondència entre perfils d'estructura social i models de política social? En quina(es) direccions s'articulen aquestes relacions? Des d'una perspectiva qualitativa, fins a quin punt es detecten certes relacions entre la percepció dels ciutadans i les dades recollides sobre característiques dels models de polítiques?

L'objectiu d'aquest capítol és connectar transversalment les conclusions trobades en les recerques sectorials realitzades en el marc d'aquest projecte. Concretament, ens proposem contrastar tres grups de factors: en primer lloc, l'evolució de la realitat socioestructural en l'estat autonòmic; en segon lloc, les percepcions dels ciutadans

sobre l'estat del benestar a Espanya i les (des)igualtats territorials en relació a la seva evolució; i, en tercer lloc, les polítiques autonòmiques efectivament desplegades, des del punt de vista del discurs, de les decisions substantives i de les opcions operatives. Per tant, ens proposem observar si hi ha coherència entre l'evolució de la realitat social, les actuacions desplegades pels governs autonòmics per actuar sobre aquesta realitat i les percepcions ciutadanes sobre l'evolució de les (des)igualtats territorials entre les diferents comunitats autònomes. Primerament abordarem aquesta interpretació transversal per cadascun dels tres àmbits de polítiques públiques estudiats (educació, salut i serveis socials) i finalment proposem alguns punts de conclusió i possibles derivacions de l'anàlisi.

13.1. Interpretació de l'evolució socioestructural, les percepcions i les polítiques autonòmiques

En l'estudi que aquí resumim i presentem, destaca un fet aparentment contradictori: l'Espanya de les Autonomies és avui al mateix temps més diversa, però també més igual del que era quan va iniciar-se la descentralització autonòmica ara fa trenta anys. Cal recordar que les diferències de partida eren molt importants. I en la nostra recerca, a partir de l'estudi de cent indicadors representatius, i de l'anàlisi més intensa dels factors amb més explicació, hem pogut veure com ha anat variant la posició relativa de cada comunitat en aquest darrer període, des de mitjans dels anys noranta i un cop assolides el conjunt de competències a finals del 2001. En general, podríem dir que les variacions més importants es donen quan coincideixen factors generals de canvi amb les especificitats prèvies de cada comunitat, que fan augmentar o esmorteir els efectes d'aquests elements generals. Així, si en aquests quasi quinze anys estudiats, es produeix una conjuntura d'atur, aquest afectarà més fortament aquelles comunitats que, per la seva estructura productiva, són més propícies a ser afectades. La diferència en relació a períodes anteriors és que aquests efectes es veuen compensats pels mecanismes de redistribució i igualació via polítiques de benestar consolidades i ampliades molt significativament al llarg d'aquest període.

En la majoria dels ítems estudiats es detecten canvis i variacions. Canvis en alguns casos força significatius, com és l'augment importantíssim de població immigrada que s'ha distribuït de manera no homogènia en el territori, afectant molt més certes comunitats que altres. Aquest factor, juntament amb la incidència del que hem anomenat "nous hàbits socials" són, de ben segur, els aspectes que més apunten avui a una diferenciació entre autonomies dins de la tendència general a la convergència. I en aquest sentit, convé recordar que tots els estudis fets fins ara apunten a què les diferències de generació de riquesa entre comunitats autònomes es mantenen i fins i tot augmenten, però que se segueix produint una constant tendència a la igualació en els percentatges de renda personal disponible. En aquest sentit, valgui el treball

recent elaborat per els investigadors del *Consejo Superior de Investigaciones Científicas* (CSIC) sobre el tema, on s'afirma que si a l'any 1975 la distribució regional de la renda ens donava una forta separació entre la regions més riques (aleshores País Basc, Madrid, Navarra i Catalunya) i les menys riques (aleshores Extremadura, Galícia, Andalusia i Castella-la Manxa), actualment (dades de 2005) les comunitats que estan a un i altre extrem segueixen sent les mateixes, però la distància entre unes i altres ha disminuït molt significativament (De la Fuente, 2008, p. 689).

Així doncs, si bé els desequilibris econòmics entre atonomies han augmentat en aquests anys, també és cert que han disminuït les diferències en qualitat de vida i en renda final disponible de les famílies. Si poguéssim atribuir les causes d'aquests fenòmens en exclusiva al factor d'autogovern, podríem dir que l'autonomia ha multiplicat les potencialitats de creació de riquesa de les comunitats més desenvolupades, i ha fet potser més dependents a les menys desenvolupades; ja que, gràcies als mecanismes de solidaritat interterritorial creats, no s'han aprofundit les diferències en nivell i qualitat de vida, sinó que aquestes diferències han disminuït significativament. Malgrat aquest fet, hem pogut també constatar als grups focals desenvolupats que al mateix temps que es reconeixen àmpliament els grans avanços realitzats, també predomina en bona part de l'opinió pública la visió que els desequilibris i les diferències que existien en l'inici persisteixen en molts aspectes, i que hi ha comunitats que poden estar resultant afavorides en la nova situació de descentralització territorial del poder (el que sens dubte té a veure amb la manera "bilateral" –administració central/Autonomies específiques– com s'ha anat operant al llarg d'aquests anys, i que en els últims temps no només no ha variat, sinó que fins i tot s'ha reforçat). Els factors més esmentats als grups de discussió com a possibles causes de les situacions relatives de les comunitats autònomes són, en primer lloc, de naturalesa econòmica i poblacional i, en segon lloc, s'atribueixen a l'àmbit de la política i la gestió. Convé recordar que, en tercer lloc, i malgrat el seu component més tècnic i, per tant, més difícil d'identificar per part de la població en general, les diferències en el sistema de finançament (bàsicament l'excepció foral de País Basc i Navarra), són clarament posades de manifest i explicitades com una de les causes fonamentals de les diferents percepcions sobre les situacions relatives de les comunitats autònomes.

13.2. Educació

Com bé sabem i com l'anàlisi realitzada confirma, el sistema educatiu a Espanya manté parcel·les bàsiques que són comunes per a totes les comunitats autònomes i que asseguren l'homologació i validesa general de titulacions i graus. En aquests darrers anys, com sabem, la legislació bàsica de l'Estat ha estat activament modificada i ho ha estat en tots els nivells educatius. Les autonomies han legislat també en matèria educativa, però ho han fet més aviat en aspectes complementaris, o en temes operatius i de gestió. Com s'ha analitzat, els marcs discursius presents en les dife-

rents legislacions autonòmiques han adoptat els valors i elements centrals que han anat estructurant la legislació estatal. I, en canvi, més enllà de l'ensenyament en sentit estricte (o *mainstream* escolar), els aspectes educatius més amplis han estat terreny propici per a una major diferenciació. Així, equitat, igualtat efectiva, compensació de desigualtats i inclusió són valors repetits, juntament amb referències més o menys explícites, i més o menys condicionades, a la llibertat d'elecció del centre per part de les famílies. En tot cas, convé assenyalar que existeixen variacions ressenyables en el tema concret de la baremació dels punts que es fan servir per prioritzar l'accés dels alumnes en els centres sobredemandats, més enllà de les referències més habituals connectades als nivells de renda. Aquesta notable homogeneïtat discursiva, contrasta amb una major diferenciació, com dèiem, en els àmbits educatius que van més enllà del nucli dur escolar. Per exemple, les diferències i matisos d'intensitat augmenten en els temes escollits per l'anàlisi, com són la fase 0-3 anys, l'educació d'adults i els elements de relació entre educació i entorn. Aquest últim aspecte és de més recent incorporació a l'agenda educativa, el que explica una major diferenciació al respecte entre comunitats.

Si fem referència a l'anàlisi de les percepcions sorgides dels grups de discussió organitzats, destacaríem d'entrada, la mirada crítica que és té sobre el que es considera excés de modificacions normatives en matèria educativa, sobretot de la legislació bàsica estatal. La percepció és de canvi constant, no sempre justificat i no sempre considerat com a positiu. Per altra banda, observem que hi ha una notable coincidència en valorar positivament el que hem anomenat "*mainstream*" escolar, és a dir, la part obligatòria i bàsica de la trajectòria formativa de les persones, de 6 a 16 anys. I cal constatar com un aspecte positiu, la generalització a totes les comunitats autònomes de la cobertura de la fase de 3 a 6 anys.

Pel que fa a la cobertura, doncs, malgrat aquesta visió generalment positiva, els aspectes crítics es dirigeixen sobretot a la manca de cobertura en la fase 0-3 anys. En alguns casos, la manca de places en escoles infantils públiques, porta a la percepció de què les poques places existents acaben sent ocupades per fills de persones immigrants, i apareixen crítiques sobre els criteris existents per a distribuir l'alumnat. En les comunitats on hi ha l'opció de triar escola, en relació al fet de si s'ensenya bàsicament en la llengua pròpia d'aquella comunitat, sorgeixen també certes referències crítiques a la inexistència de suficients places en algunes de les opcions preferides.

Els comentaris més crítics s'adrecen als aspectes operatius del sistema educatiu, especialment a les relacions alumnat-professorat, els criteris d'accés a les escoles i a la composició social d'aules i centres. En general, no sembla haver-hi diferències massa significatives entre comunitats en aquests aspectes, tot i que evidentment elements com el nombre d'immigrants a cada comunitat, o la presència major o menor d'àmbits territorials més segregats, fan que aquesta mena de comentaris crítics siguin més fonamentats. Es constata també, de manera generalitzada, una visió crítica sobre la manca d'autoritat del professorat en la seva relació amb els alumnes, i es fa èmfasi en la pèrdua de referents familiars com alguns dels elements explicatius.

De manera més global, es percep un cert deteriorament de la qualitat del sistema educatiu, que és segurament més acusat en aquelles comunitats en què el canvi d'hàbits socials ha estat més intens en els darrers temps. Si ens referim a la comparativa entre comunitats, pel que fa a percepcions creuades sobre com veuen la qualitat educativa a les altres autonomies, destacaríem una notable homogeneïtat d'opinions (hi ha més coincidències que divergències sobre el que funciona bé i sobre el que funciona malament a cada lloc), amb una certa major percepció positiva sobre el funcionament educatiu a les dues Castelles, a Cantàbria, País Basc i Navarra, i una visió un xic més negativa a Andalusia, Extremadura i Catalunya.

Les dades sobre el sistema educatiu en les diferents comunitats autònomes posen de relleu com la percepció, en general positiva, sobre el nucli dur del sistema educatiu (fase 3-16 anys) es basa en evidències que van en la línia de convergència en la millora general. En tot el període analitzat, ni la qualitat del sistema educatiu ni l'extensió o cobertura del sistema educatiu públic pateixen canvis significatius, malgrat apuntar-se una petita baixada en els temes de qualitat, sobretot respecte a la relació d'autoritat entre professor i alumne. L'anàlisi empírica dels factors educatius ens diu que aquelles comunitats en què l'educació pública té una major importància, tendeixen a presentar un major nivell de qualitat en els seus sistemes educatius. I quant a la posició relativa de cada comunitat respecte als temes analitzats, ens parla d'un grup que destaca en qualitat del sistema (País Basc, Navarra, Astúries i Castella i Lleó), i un grup que destaca en cobertura pública (Extremadura, Castella-la Manxa, Canàries i Andalusia). L'anàlisi creuada de les dues variables ens parla de comunitats que responen bé a criteris de qualitat i de cobertura (Astúries, Cantàbria i Navarra), i un grup que presenta més problemes en la combinació dels dos factors considerats (Castella i Lleó, Andalusia, Castella-la Manxa i Aragó). Tot i això, cal subratllar que la convergència i l'equilibri predominen per sobre de les diferències. Les dades recollides apunten que les desigualtats educatives existents a l'inici del procés, es mantenen però, amb la particularitat molt significativa que, gràcies a la descentralització, han tendit a reduir-se. S'ha millorat en l'atenció a la diversitat i s'ha millorat en la reducció de les desigualtats.

En efecte, després de trenta anys de descentralització autonòmica a Espanya i després d'una dècada en la qual es va culminar el traspàs efectiu de la major part de competències educatives a les comunitats autònomes, la pregunta que justifica aquest estudi no té encara una resposta taxativa, si la busquem en el marc estricte de les polítiques educatives desplegades per aquestes comunitats. Les dades recollides apunten que les desigualtats educatives (i de molts altres aspectes) existents a l'inici del procés, es mantenen, però amb la particularitat molt significativa, que gràcies a la descentralització, han tendit a reduir-se. S'ha millorat en l'atenció a la diversitat, i s'ha millorat en la reducció de les desigualtats.

Si fem referència a la dimensió discursiva o simbòlica de la política educativa, s'observen dos grans temes que també han marcat el debat educatiu a Europa als darrers anys. És a dir, el grau d'abast longitudinal de l'ensenyament reglat (exclòs l'universitari) i l'abast dels altres aspectes educatius que afecten a la vida de les persones

més enllà dels moments reglats ja esmentats. Lògicament, des del punt de vista de la cobertura del dret a l'educació, constitucionalment protegit, el primer dels dos aspectes és clau. Mentre que el segon ens marca la capacitat del sistema d'afrontar els reptes de l'educació al llarg de la vida (*long life learning*).

L'anàlisi dels "marcs interpretatius", que ens marquen els elements conceptuals de les polítiques educatives a Espanya, l'hem centrat, com ja hem avançat, en els valors normatius i vigents associats al dret a l'educació (qualitat, equitat, escolarització equilibrada) i els criteris de prioritització en l'accés als centres educatius quan la demanda de places sigui superior a l'oferta disponible. En general, i tal com dèiem més amunt, es fa evident que les dissonàncies són poc significatives pel que fa a la concreció dels valors normatius generals en el marc específic de cada comunitat. En canvi, les diferències són més clares pel que fa als criteris de baremació en cas d'excés de demanda en alguns centres, recolzant-se en alguns casos més en criteris de renda, mentre que en altres comunitats el pes de factors com la proximitat són més significatius. En general, doncs, poques diferències pel que fa als elements conceptuals bàsics de les polítiques educatives, i més divergències en els temes operatius de les garanties d'accés al sistema educatiu quan existeix un excés de demanda.

En canvi, pel que fa als temes educatius que no formen part pròpiament de l'ensenyament reglat (o *mainstream* escolar), les diferències són ja més significatives. Així, la caracterització de la fase 0-3 anys, oscil·la entre aquelles comunitats que la veuen bàsicament com una etapa educativa més, i aquelles comunitats que la vinculen a un instrument que facilita la conciliació d'horaris, mentre altres hi afegeixen objectius com la compensació de les desigualtats o combinen dos o tres de les fites esmentades. La mateixa diversitat trobem en el camp de la formació d'adults. Algunes comunitats veuen aquesta etapa educativa com estrictament acadèmica, mentre altres apunten més als aspectes professionalitzadors i/o al seu impacte en l'enfortiment d'una ciutadania activa. En aquest àmbit educatiu, més enllà de l'escola, algunes comunitats han legislat més des d'una lògica de compensació escolar, mentre altres expressen una visió de l'educació de caire més generalista.

Si ens centrem en la dimensió substantiva de la política educativa, apareixen dos aspectes que ens permeten identificar diferents opcions per part de les autonomies: l'esforç de finançament a cada comunitat autònoma i el nivell de cobertura de les places escolars que s'ofereixen a cada etapa educativa. També en aquest cas es manté la diferenciació entre el que hem anomenat etapa central de l'ensenyament (*mainstream* escolar, franja 3-18), i els aspectes educatius més enllà de l'escola (franja 0-3 i educació d'adults). L'anàlisi de les dades de finançament ens mostra diferències quant a l'esforç realitzat per alumne, dins d'un ventall notablement influenciat per les diferències de règim fiscal en els casos de País Basc i Navarra, i amb diferències menys significatives; però existents, entre la resta de comunitats. També en aquest aspecte diríem que constatem més diversitat quant a l'esforç dedicat als ensenyaments no obligatoris, com són els relacionats amb educació 0-3, formació professional i educació d'adults, on el camp de variació és més elevat. Però, com dèiem

més amunt, no semblen derivar-se d'aquestes variades intensitats impactes destacables en el grau i l'extensió de la cobertura en cap etapa educativa.

Finalment, ens fixem en la dimensió operativa de les polítiques educatives autonòmiques, això és, en aspectes vinculats a la implementació i on, per tant, incloem tant els instruments de la gestió com el grau d'implicació dels diversos agents en la provisió dels serveis. En aquest àmbit, hem identificat diferents tendències en relació a la mercantilització i a la municipalització. La mercantilització fa referència al nivell de presència del sector privat en el marc de la xarxa escolar existent, incorporant la despesa pública en el denominat sector concertat. La municipalització es refereix a l'esforç municipal en el conjunt de la despesa pública de cada comunitat autònoma, entenent-lo com un indicador del grau i significació que tenen els governs locals en matèria educativa. Malgrat no ser administracions educatives en sentit bàsic, la seva implicació pot donar més pes a aspectes de proximitat, presents en moltes anàlisis en relació a la qualitat dels sistemes educatius.

Si ens aturem en el grau de mercantilització, observem que més enllà de la tònica general a Espanya, que distribueix el pes del protagonisme públic en l'ensenyament a l'entorn del 66%, de l'ensenyament concertat a l'entorn del 30% i del privat no concertat entorn del 3% (de manera estable des de fa anys), existeixen diferències significatives en aquestes xifres, si mirem cada una de les comunitats autònomes. Però aquestes diferències, sobretot pel que fa al pes de l'ensenyament concertat, ja existien abans fins i tot de la creació de les pròpies autonomies ara fa trenta anys. Tot i així, potser la dada més diferenciada és la Comunitat de Madrid pel que fa al percentatge d'alumnes en el sector privat no concertat, quatre vegades per sobre de la mitjana espanyola en els ensenyaments obligatoris i més del doble en els ensenyaments postobligatoris. Però les diferències en el grau de mercantilització augmenten fora del *mainstream* escolar (0-3 anys i adults). Bàsicament perquè la presència de la legislació estatal i el pes de les tradicions de cada territori en matèria educativa és molt menor en aquests aspectes. Trobem fins i tot absència total de protagonisme públic en l'educació infantil 0-3 en algunes comunitats.

En el grau de municipalització (on hem fet servir l'esforç financer dels governs locals com a mesura *proxy* del protagonisme municipal en la política educativa a cada Comunitat), les variacions són també aquí notables. Els municipis de les comunitats de Catalunya i Navarra fan un esforç doble al de la mitjana espanyola, mentre que en l'altre extrem, l'esforç financer dels municipis d'Extremadura no arriba a assolir la meitat d'aquesta mitjana espanyola.

Si mirem de treure conclusions generals de l'anàlisi de les polítiques educatives de les comunitats autònomes, diríem que en aspectes centrals que fan referència a les etapes escolars obligatòria i postobligatòria (3-18 anys), el gran gruix de les comunitats se situa en una posició de notable convergència en tots els aspectes analitzats, especialment pel que fa als aspectes conceptuals i de valors, amb algunes diferències a assenyalar en esforç financer (País Basc, Navarra), en presència d'ensenyament pú-

Taula 13.1

Grau de diferenciació en polítiques educatives autonòmiques

Grau de diferenciació / innovació	Dimensió discursiva / simbòlica*	Dimensió** substantiva	Dimensió*** operativa
Alt	Catalunya Canàries Astúries Madrid Extremadura	País Basc Navarra Cantàbria Astúries Galícia	Catalunya Navarra Balears Madrid País Basc La Rioja Castella i Lleó
Mig	Galícia Cantàbria País Basc Aragó La Rioja Castella-la Manxa Múrcia	Catalunya Madrid Balears Castella i Lleó La Rioja Aragó	Cantàbria Canàries Aragó Múrcia Comunitat Valenciana Astúries
Baix	Andalusia Balears Navarra Comunitat Valenciana Castella i Lleó	Extremadura Castella-la Manxa Canàries Comunitat Valenciana Andalusia Múrcia	Andalusia Extremadura Galícia Castella-la Manxa

* Per a la valoració del grau de diferenciació/innovació en la dimensió simbòlica o discursiva de les polítiques educatives autonòmiques, hem combinat tres indicadors: els valors associats en la seva legislació a l'educació de 0 a 3 anys, els valors associats a l'educació d'adults, i els valors associats a l'educació "més enllà de l'escola". Per educació de 0 a 3 anys, hem tingut en compte quants dels següents valors especifiquen en la seva legislació: com una etapa més del procés educatiu, com un instrument que facilita la conciliació de la vida familiar y laboral o com un instrument de compensació de desigualtats. Per a l'educació d'adults, hem tingut en compte quants dels següents valors especifiquen a la seva legislació: com un instrument d'accés al sistema educatiu, com un instrument de formació professional, o com un instrument pel desenvolupament d'una ciutadania activa. Per a l'educació "més enllà de l'escola", hem tingut en compte quants dels següents valors especifiquen en la seva legislació: com un instrument de compensació educativa, o com un instrument d'educació generalista. Per a cada etapa educativa, com més valors especifiquen en la seva legislació, més a prop s'ubiquen al grau "Alt" de diferenciació/innovació.

** Per a la valoració del grau de diferenciació/innovació en la dimensió substantiva de les polítiques educatives autonòmiques, hem tingut en compte la despesa pública autonòmica per estudiant incloent-hi l'educació de 3 a 16 anys, la formació professional i l'educació per adults.

*** Per a la valoració del grau de diferenciació/innovació en la dimensió operativa de les polítiques autonòmiques d'educació, hem combinat dos indicadors: el pes de la provisió indirecta (escoles privades concertades) i el pes del finançament aportat pels governs locals en la despesa en educació. 'Baix' inclou aquelles comunitats autònomes on ambdós indicadors mostren un pes menor. 'Alt' inclou aquelles on ambdós indicadors mostren ràtios més elevades, i "Mig" aquelles on ambdós indicadors mostren un pes al voltant de la mitja o presenten pesos molt dispars.

Font: Elaboració pròpia.

blic no concertat (Madrid), o en participació municipal (Catalunya). En canvi, en els aspectes analitzats que fan referència a les matèries educatives no escolars (franja 0-3 anys; educació d'adults), les variacions augmenten significativament, propiciant diversificacions més notòries. El resultat final ens permet parlar de forta coincidència en la part escolar considerada com a bàsica i obligatòria, i d'expressions i voluntats diverses en els altres aspectes educatius considerats.

No hem entrat aquí a considerar els impactes de tot plegat, ni tampoc podem separar la fase 1980-2008 en alguns casos, o 1999-2008 en altres, de les fases anteriors i del pes de les tradicions civils i socials en matèria educativa a cada comunitat. Tot i així, la combinació de nucli bàsic compartit i de corona educativa diversificada, ens sembla un bon resum que comporta convergència en els resultats (informes PISA), i perspectives de futur, on els elements diferencials poden ser més significatius a mig termini en estendre's la perspectiva educadora de la fase estrictament escolar a una visió d'aprenentatge al llarg de la vida.

Per resumir els resultats, la taula 1 classifica les comunitats autònomes en funció del grau de diferenciació o innovació que presenten en cada dimensió analitzada de la política educativa. En cursiva destaquem les autonomies que apareixen en més de dues dimensions en grau "Alt" o Mig" de diferenciació/innovació –concretament, Catalunya, Madrid, País Basc, Navarra, Galícia, Cantàbria, Astúries, Balears, Canàries i La Rioja. Aquesta anàlisi revela que les comunitats que han estat pioneres en introduir innovacions en política educativa també han tendit a prendre opcions de política pública diferenciadores de les opcions del govern central.

13.3. Salut

Els principis generals que sustenten la política sanitària a l'estat autonòmic giren al voltant de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, la correcció dels desequilibris territorials i socials en l'assistència sanitària pública, i l'accés universal i gratuït en condicions d'igualtat efectiva. Aquests principis estan recollits en la Constitució espanyola, en la legislació bàsica estatal i també en els marcs jurídics autonòmics. En aquest sentit, destaca l'homogeneïtat d'una dimensió simbòlica que, com hem vist en els grups de discussió, ha assolit un elevat grau de legitimitació i d'unanimitat en la seva valoració positiva per part dels ciutadans. Tanmateix, la concreció dels principis més específics ha estat subjecte a diferències entre les comunitats autònomes en èmfasi. Aquests principis van estar recollits a la legislació bàsica estatal (*Ley General de Sanidad* de 1986 i *Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud* de 2003) i inclouen: la racionalització del sistema –eficiència, eficàcia i aprofitament dels recursos–, la promoció del medi ambient, formació i recerca, qualitat i avaluació del sistema, participació i drets i deures dels usuaris. homogeneïtat simbòlica, però diferenciació en l'èmfasi en els diferents principis. Tots

ells, malgrat les diferències en èmfasi, apareixen recollits en els marcs jurídics de les comunitats autònomes.

En general, els *tempos* en el reconeixement legal d'aquests principis específics per part de les comunitats autònomes han estat lligats al calendari dels traspassos competencials. Això no obstant, cal apuntar que l'itinerari de la difusió d'aquests principis pel mapa jurídic no ha seguit sempre una direcció des del govern central cap als autonòmics. Per exemple, els principis de la racionalització i el de qualitat i avaluació van ser explicitats en normativa autonòmica de rang inferior a la llei i implementats a través de nombroses actuacions en casos com el de Catalunya, amb anterioritat a les iniciatives legals o altre tipus d'actuacions a nivell del govern central. En aquest sentit, la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública el 1985, el Pla de Reordenació Hospitalària de 1986, la normativa prèvia i posterior sobre la concertació/contractació amb els proveïdors sanitaris, o la creació de l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques són exemples on la innovació en les polítiques públiques i els seus principis rectors s'originen en una comunitat autònoma i posteriorment són presos com a referència per part d'altres comunitats o per part del govern central.

L'evolució de la dimensió simbòlica en la política sanitària ha transitat també per la via del reconeixement de drets. En una primera etapa, la Constitució espanyola i la *Ley General de Sanidad* van reconèixer drets vinculats a les condicions dels tractaments, la participació i la reclamació, les prestacions sanitàries, els serveis sanitaris privats, i la informació. En una segona fase iniciada a finals dels 90, les comunitats autònomes van prendre la iniciativa en el reconeixement de drets relacionats amb la informació sanitària, la intimitat, l'autonomia del pacient, la història clínica, la documentació clínica, i la segona opinió facultativa. Liderades per Catalunya, Navarra i Galícia, les lleis d'ordenació sanitària van començar a dedicar un capítol als drets dels ciutadans a la salut i el País Basc va ser pionera en el reconeixement del dret a la participació, i ara totes les autonomies inclouen drets relacionats amb les condicions dels tractaments. En aquesta segona època tenen un paper promotor les directrius d'organismes internacionals que, després de la iniciatives d'aquelles quatre comunitats, el govern central recull a la *Ley de Autonomía del Paciente* de 2002 i la *Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud* de 2003. La majoria de comunitats han reformulat les seves lleis per incloure aspectes d'aquestes dues lleis, com ara Andalusia, Castella i Lleó i Comunitat Valenciana; però algunes no han introduït cap canvi en aquest sentit en la seva normativa, com Astúries, Canàries i Múrcia, o han fet alguna modificació mínima, com Castella-la Manxa. Cal destacar, però, que set comunitats tenen ja legislació sobre voluntats anticipades: Andalusia, Balears, Cantàbria, Catalunya, La Rioja, Madrid i País Basc.

Finalment, una peça important en la dimensió simbòlica de la política sanitària ha variat en els darrers anys –els Estatuts d'Autonomia. A partir dels 90, totes les comunitats, excepte el País Basc, han modificat els seus estatuts. En aquest procés, s'ha detectat un punt de diferenciació territorial: no hi ha hagut cap canvi en temes de salut en els estatuts de Galícia, Navarra i Astúries; mentre que s'ha produït un canvi

competencial, incloent-hi la “funció executiva de l’assistència sanitària de la Seguretat Social” a La Rioja, Madrid, Cantàbria, Múrcia, Castella-la Manxa, Canàries i Extremadura; i s’ha produït un marcat canvi a Catalunya, Castella i Lleó, Andalusia, Aragó, Balears. Aquest darrer canvi implica la inclusió d’un capítol nou i específic sobre drets. Aquests darrer cinc casos tenen en comú que van ser modificats a partir de 2006. L’Estatut de la Comunitat Valenciana es refereix als drets dins del capítol de competències, i el d’Andalusia hi té un capítol sobre competències i drets. Cal esmentar que els estatuts amb menor especificació competencial són els d’Extremadura, Canàries, Rioja, Madrid, Múrcia i Astúries.

Segons es desprèn dels 17 grups de discussió realitzats per a aquest estudi, els principis que han assolit una acceptació més unànime entre els ciutadans són els d’universalitat i gratuïtat del sistema sanitari, entenent que la salut és un dret fonamental, com així es recull en els principals textos del nostre marc jurídic. Excepte en un dels grups de discussió (el de La Rioja) es té una valoració eminentment positiva o molt positiva de la qualitat i funcionament globals del sistema sanitari, així com dels seus professionals, tot i que només un dels grups (el de Navarra) aplica aquesta mateixa valoració sense pal·liatius quan es refereix al sistema sanitari concret de la pròpia comunitat.

Malgrat aquesta percepció positiva genèrica, també existeix unanimitat a l’hora d’identificar el principal problema de la sanitat en general i en les seves comunitats: la massificació dels serveis, que es tradueix en lentitud en l’atenció i en llistes d’espera, el que, en la pràctica, impedeix el gaudi efectiu del dret a la salut universal i gratuïta. Com a principal causa d’aquest problema s’apunta la insuficiència dels recursos per càpita, concretament, la ràtio personal/pacients (i, segons 9 dels grups, també el finançament del sistema). S’esmenten com a factors causants d’aquesta situació l’augment de la població, l’envelliment, la falta d’inversió i previsió, l’arribada de població immigrant i el turisme sanitari. A partir d’aquest punt, la unanimitat en l’argument es trenca, en la mesura que es comença a qüestionar la sostenibilitat de la universalitat i la gratuïtat. A grups com el de Catalunya, Extremadura, Múrcia, Cantàbria, País Basc, Castella i Lleó o La Rioja, es planteja (tot i que amb desacords interns en el grup) la possibilitat/necessitat de vincular l’ús dels serveis a la contribució al seu finançament (ja sigui via cotitzacions o copagaments). Més concretament, en alguns d’aquests grups (i, de nou, amb discrepàncies internes) es fa referència a la població immigrant com una de les principals causes de la massificació (malgrat que part d’aquestes comunitats presenten les taxes d’immigració més baixes) i se’ls tendeix a identificar com a no contribuents (malgrat que les dades contradiguin aquesta percepció).

També existeix un elevat acord entre els 17 grups de discussió a l’hora d’interpretar que aquesta massificació, col·lapse i lentitud està afavorint el creixement del sector sanitari privat, com a via de sortida. Aquest el perceben principalment com a més àgil, i només en algun cas s’apunta que potser té un nivell tecnològic més avançat. Aquesta percepció encaixa amb el significatiu augment registrat en la despesa mit-

jana de les llars en salut entre 1998 i 2006: Astúries, Castella i Lleó, Cantàbria, País Basc, Castella-la Manxa, Navarra, Catalunya i Galícia són les comunitats on aquest augment ha estat més accentuat, i només a Canàries ha disminuït i a Múrcia s'ha mantingut estable. El 2006, quatre Autonomies tenien ja entre el 20% i el 25% de la població amb doble cobertura sanitària, pública i privada (Balears, Catalunya, Madrid i País Basc) i només tres estaven per sota del 5% de la població amb doble cobertura (Canàries, Navarra i Extremadura). La resta mostraven un ventall entre el 5,4% i el 13,5% de la població amb cobertura mixta.

Si les percepcions presenten un grau notable d'homogeneïtat, les dades disponibles ens ofereixen una fotografia més dispar. Si ens fixem en la dimensió substantiva de la política de salut, això és, en l'extensió i la intensitat de la cobertura, observem que, al llarg del darrers 10 anys, s'han retallat distàncies entre les comunitats autònomes pel que respecta al percentatge de despesa pública que cadascuna dedica a sanitat. Contràriament, s'han incrementat les distàncies entre les autonomies en relació a la despesa pública sanitària per càpita de cadascuna d'elles, i en la despesa pública en salut sobre el PIB respectiu. En canvi, s'han mantingut estables les distàncies pel que fa referència al personal i als centres per població protegida.

Segons les dades disponibles pel període de 1999 a 2005, la despesa pública per càpita en salut ha seguit una evolució creixent en totes les comunitats autònomes. Tanmateix, la taxa anual mitjana del període mostra un major increment de la despesa per persona a Balears, seguida a certa distància per Castella-la Manxa, Cantàbria, La Rioja i Extremadura. En l'extrem oposat trobem Navarra, Madrid i Catalunya, seguides de prop, i en uns nivells pràcticament idèntics entre elles, per Galícia, Canàries, Comunitat Valenciana, Andalusia i País Basc, totes elles per sota de la mitjana del període. Castella i Lleó, Astúries, Múrcia i Aragó apareixen al voltant de la mitjana. L'any 2005, la Comunitat que presentava un pressupost per càpita més elevat era Cantàbria (1.331€), seguida per La Rioja, Aragó, Astúries i Navarra; i la que presentava un pressupost per càpita menor era Andalusia (1.020 €), seguida per Madrid, Comunitat Valenciana i Catalunya. En qualsevol cas, en 2004 Espanya va gastar 1,329 upc¹ per càpita en salut, molt per sota de la mitjana europea, tant en termes de la EU-15 (2,900 upc) com de la EU-25 (1,600 upc) (Navarro and Freixanet 2007).

En aquesta evolució, s'observen també dissonàncies entre la taxa anual mitjana de creixement de la despesa pública sanitària per persona a les diferents comunitats i les respectives taxes anual mitjanes de creixement de la població, per una banda, i taxes anual mitjanes d'envelliment, per l'altra. És a dir, hi ha comunitats autònomes on, malgrat s'ha produït comparativament més envelliment i/o més creixement de la població, això no s'ha traduït en un increment comparativament major de la despesa per persona.

1 La paritat de poder de compra (upc) és un indicador més fiable per aquestes comparacions, ja que es calcula eliminant les diferències derivades del diferent nivell de vida de cada país.

Les dades mostren també una evolució positiva en la gran majoria de les autonomies d'indicadors clau dels recursos per càpita, com és el número de centres de salut i el personal sanitari per 10.000 habitants a l'atenció primària durant el període 2004-07. En el primer indicador, Galícia i, a certa distància, Extremadura, Castella-la Manxa, Castella i Lleó, Aragó i Navarra són les millor dotades, mentre que Madrid, Balears, Comunitat Valenciana, Andalusia i Catalunya, les pitjor dotades. Respecte a la ràtio de personal sanitari, Castella i Lleó, Extremadura, Aragó, Castella-la Manxa i Navarra són les millor posicionades, mentre que La Rioja, Balears, País Basc, Múrcia, Canàries i Comunitat Valenciana, les pitjor posicionades.

En canvi, els llits hospitalaris en funcionament per 1.000 habitants ha anat disminuint en totes les comunitats autònomes entre el 1996 i el 2005. Al final del període, les comunitats amb una ràtio superior eren Catalunya, Aragó, Castella i Lleó, Canàries, Navarra i País Basc, i les que presentaven una ràtio inferior eren Comunitat Valenciana, Castella-la Manxa, Andalusia, Múrcia i La Rioja. En aquest sentit, les dades agregades mostren que, mentre la qualitat i dotació del sistema sanitari ha augmentat de manera constant i ininterrompuda durant les darreres dues dècades, la qualitat i dotació dels hospitals ha seguit la tendència inversa.

Respecte a les opcions substantives, existeixen diferències clares entre les opcions entre les comunitats autònomes, però només en la cobertura pública de determinades prestacions complementàries al catàleg de cobertura genèrica bàsica. Segons es desprèn de l'anàlisi del discurs en els grups de discussió, es tracta de diferències que els ciutadans detecten a partir de la seva experiència personal, de l'intercanvi d'informació amb d'altres o de l'exposició als mitjans de comunicació. Molts les interpreten com a indicadors de desigualtats, i alguns com a indicadors de capacitat d'adaptació a diferents necessitats i demandes territorials. Alguns exemples inclouen: el crivell neonatal pioner a Galícia, les molt més nombroses unitats del son a Balears, els ajuts directes a cel·lacs de Castella-la Manxa, el tractament íntegre a fumadors de La Rioja, la salut bucodental infantil pionera a Navarra o al País Basc, els més alts ajuts per naixements al País Basc, la vacuna del neumòc a Madrid, la gratuïtat de medicines i productes sanitaris als nadons durant el primer any de vida o el canvi de sexe a Andalusia; o les més nombroses unitats de cures pal·liatives, l'atenció al part natural o el major número d'especialistes a Catalunya.

En aquest mapa, al model de provisió de serveis de salut ha seguit una gradual expansió de la diversitat de les formes de gestió (entre la provisió directa i la indirecta). Això ha afectat tant a la fórmula institucional de l'autoritat sanitària (organisme autònom, entitat pública de caràcter institucional, direcció general), com a la personalitat jurídica dels proveïdors, i a l'instrument jurídic utilitzat en la seva relació amb l'autoritat sanitària (conveni, contracte, contracte-programa, integració organitzativa i control directe). Tanmateix, es pot identificar una diferenciació respecte al model de provisió (separat, intermedi, integrat) entre comunitats autònomes, així com respecte al predomini del sector públic o privat en la prestació dels serveis. En aquest sentit, Castella-la Manxa, Extremadura, La Rioja i Navarra s'ubiquen més clarament

en un model públic i integrat (de prestació directa), mentre que Catalunya, Comunitat Valenciana, Balears i Madrid tendeixen a optar per un model de provisió indirecta amb un elevat protagonisme de la prestació via proveïdors privats. En un model en que la provisió és indirecta però a través de proveïdors eminentment públics s'ubiquen Andalusia, Astúries, Canàries, Castella i Lleó, Galícia i País Basc.

En resum, observem una clara homogeneïtat simbòlica i discursiva sobre el dret a la salut i els principis d'universalitat, gratuïtat i equitat en l'accés als serveis sanitaris, que es reflecteix en la normativa aprovada per les comunitats i el govern central. Aquesta homogeneïtat es manté en els disset sistemes de salut autonòmics, en la mesura que tots responen a unes directrius de cobertura pública lligades a un catàleg bàsic de prestacions igual per a tots els ciutadans en tots els territoris. Les diferències apareixen en les opcions que les diferents autonomies han pres en relació a prestacions complementàries, en resposta a les diferents demandes i/o necessitats específiques de les seves realitats socials. Igualment, i malgrat la intensificació de certes opcions en els darrers 10 anys, els escenaris operatius que caracteritzen les xarxes de prestació dels serveis reflecteixen realitats estructurals (econòmiques i productives) del sector sanitari que, en gran part, estaven sobre el terreny abans de que els governs autonòmics s'haguessin desplegat.

Per resumir els resultats, la taula 13.2 classifica les comunitats autònomes d'acord amb el grau de diferenciació o innovació que mostren en cadascuna de les tres dimensions de la política de salut analitzades. En cursiva destaquem les autonomies que apareixen en més de dues dimensions en grau "Alt" o Mig" de diferenciació/innovació –concretament, Catalunya, País Basc, Navarra, Galícia, Comunitat Valenciana, Balears, i Castella i Lleó. Aquesta anàlisi revela que les comunitats que han estat pioneres en introduir innovacions en política educativa també han tendit a prendre opcions de política pública diferenciadores de les opcions del govern central.

13.4. Serveis socials i assistència social

A diferència de la sanitat o l'educació, la xarxa existent de serveis socials i assistència social es caracteritza per la seva fragmentació i debilitat. Aquesta xarxa s'ha hagut de construir a partir d'un llegat de marginalitat (i de vegades d'inexistència) heretada del llegat de la beneficència del règim predemocràtic. Sense model de referència, bé per imitar-lo o bé per distanciar-s'hi, ni la Constitució, ni els estatuts, ni la llei reguladora de les bases del règim local defineixen el contingut de la competència en assistència social. Si hi sumem el finançament insuficient del sistema que ha acompanyat la descentralització, no només cap a les autonomies, sinó, dins d'aquestes, cap als municipis, l'escenari és d'una xarxa extremadament heterogènia i feble, tant en l'extensió com en la intensitat de la cobertura que s'ofereix. D'aquesta manera, no només existeixen disparitats territorials entre autonomies, sinó també entre

Taula 13.2

Grau de diferenciació en polítiques autonòmiques de salut

Grau de diferenciació / innovació	Dimensió discursiva / simbòlica*	Dimensió** substantiva	Dimensió*** operativa
Alt	Catalunya Navarra País Basc Galícia	Navarra Aragó Castella i Lleó Extremadura	Catalunya Comunitat Valenciana Balears Madrid
Mig	Balears Comunitat Valenciana Aragó Castella i Lleó Andalusia Cantàbria	Balears País Basc Catalunya Galícia Cantàbria La Rioja Astúries Canàries Castella-la Manxa	Galícia Castella i Lleó País Basc Canàries Andalusia Astúries
Baix	La Rioja Madrid Astúries Canàries Múrcia Castella-la Manxa Extremadura	Madrid Andalusia Comunitat Valenciana Múrcia	Navarra Castella-la Manxa La Rioja Múrcia Cantàbria Extremadura Aragó

* Per a la valoració del grau de diferenciació/innovació en la dimensió simbòlica o discursiva de les polítiques autonòmiques de salut, hem tingut en compte el calendari i l'abast del reconeixement legal dels nous drets a la salut.

** Per a la valoració del grau de diferenciació/innovació en la dimensió substantiva de les polítiques autonòmiques de salut, hem combinat tres indicadors: despesa pública per càpita, recursos per càpita en atenció primària (centres i recursos humans), i recursos hospitalaris per càpita (llits).

*** Per a la valoració del grau de diferenciació/innovació en la dimensió operativa de les polítiques autonòmiques de salut, hem tingut en compte el pes de la provisió indirecta dins del sistema de salut finançat públicament. 'Baix' inclou aquelles comunitats autònomes on la provisió pública directa és prevalent, 'Mig' inclou aquelles on la provisió pública indirecta està augmentant (noves formes de gestió a partir de proveïdors públics), i 'Alt' inclou aquelles on la provisió indirecta tant pública com privada tendeix a prevaldre.

Font: Elaboració pròpia.

municipis dins de la mateixa comunitat autònoma. En resum, es dona un contrast notable entre els principis d'universalitat i subjectivitat del dret que, com hem vist, finalment s'han anat reconeixent, i els baixos índex de cobertura assolits al llarg d'aquests anys en totes les comunitats (a principis dels anys dos mil, els serveis socials tenien tres milions i mig i escaig de beneficiaris).

Dels tres àmbits de política pública estudiats en aquesta recerca, la política de serveis socials i assistència social és la que presenta un mapa més heterogeni en el seu desplegament territorial. Això no només és perquè es tracta d'un àmbit de compe-

tència exclusiva de les comunitats autònomes en què aquestes s'han mostrat molt actives, sinó que també deriva de la pràctica absència d'actuacions que, o bé des del govern central,² o bé des de les mateixes Autonomies, s'hagin orientat a fonamentar cap sòcol o base comuna de compromís en la definició de l'extensió i la intensitat de la cobertura de la provisió d'aquests serveis –serveixi com exemple el Pla concertat de 1998, que es referia només als serveis bàsics, i que tenia caràcter voluntari. Com hem observat en l'anàlisi, les disparitats en aquests termes afecten tant les opcions substantives com les operatives.

Les disparitats apuntades en aquest estudi sobre les opcions substantives preses per les autonomies són múltiples. En aquest sentit, és il·lustratiu el percentatge que representa el pressupost dedicat a serveis i assistència social respecte del pressupost total de la comunitat en el 2006, en què destaquen Navarra, Extremadura i La Rioja, amb més del 13%, i Balears, País Basc i Aragó amb menys del 8%. Si ens fixem en la despesa en serveis socials per habitant (això és, la cobertura intensiva), s'observen diversos grups: un amb cobertura d'alta intensitat, per sobre dels 170 euros per habitant (País Basc, les dues Castelles, Aragó i Navarra); un amb intensitat mitja-alta, de 155 a 115 euros per habitant (Extremadura, Catalunya, La Rioja, Madrid i Múrcia); un amb intensitat mitja-baixa, de 60 a 100 euros per habitant (Andalusia, Balears, Galícia i Cantàbria); i un darrer grup amb baixa intensitat en la cobertura, per sota dels 60 euros per habitant (Múrcia, Canàries i Comunitat Valenciana).

En la mateixa línia, l'extensió de la cobertura varia substancialment, segons indica el nombre d'habitants o la proporció de població per unitat de treball social (UTS): La Rioja, Extremadura, País Basc, Galícia i Castella-la Manxa tenen els millors indicadors (menor proporció de població per UTS), mentre Madrid, Comunitat Valenciana, Cantàbria i Catalunya tenen els pitjors. Igualment, si observem el nombre d'habitants per treballador, Castella-la Manxa, Galícia i Extremadura són les millor posicionades; mentre que Madrid i Catalunya, les pitjor, amb més de quatre vegades més habitants per treballador dels serveis socials.

Les disparitats territorials també es reflecteixen, per exemple, en el programa de rendes mínimes o ingrés mínim d'inserció. El percentatge de beneficiaris sobre nombre de llars oscil·la entre el prop del 4% del País Basc i l'1,4% de Navarra, en l'extrem superior, i els casos de Múrcia, Castella-la Manxa, Extremadura i Comunitat Valenciana, on la cobertura es troba per sota 0,2% de les llars. Quant a la intensitat de la cobertura, això és, euros per titular, les quantitats oscil·len entre els 9.127 d'Astúries, els 4.000 i escaig de Catalunya, Extremadura, Castella i Lleó i Madrid, i els que estan per sota dels 1.600 euros, com a la Comunitat Valenciana, Cantàbria i La Rioja.

2 Absentisme trencat recentment i de forma polèmica (pel que tenia d'intromissió en un espai considerat plenament de competència autonòmica) amb l'aprovació de la *Llei per l'autonomia personal i en contra de la dependència*, llei i desplegament de la mateixa que no han sigut objecte d'anàlisi en aquest treball.

Amb les dades recollides, sembla poder-se establir una distinció entre un eix centre-nord, on trobaríem elevats índexs de cobertura (despesa per capita i percentual sobre el pressupost) i una relativa baixa proporció d'habitants per unitat de treball social, on s'inclourien Astúries, País Basc, Navarra, La Rioja, Aragó, Catalunya, Extremadura i les dues Castelles. S'identificaria també un eix sud-mediterrani, amb valors per sota de la mitjana nacional en les variables referides a despesa i per sobre en les referides a cobertura, on s'inclourien Andalusia, Múrcia, Comunitat Valenciana, Canàries i Balears, i dues del nord – Galícia i Cantàbria. Finalment, el cas de Madrid destaca per presentar dades positives en relació a la despesa i molt negativa respecte a la cobertura (dues vegades i mitja més habitants per unitat de treball social (més de 26.600) que la mitjana estatal.

Aquesta heterogeneïtat no només es dona en els indicadors de les opcions substantives de la política de serveis socials, en què ens trobem, en cada Comunitat, diferències pel que fa a carteres de serveis i col·lectius beneficiaris, sinó que també es dona en la composició de la xarxa de prestació dels serveis. Les ràtios més elevades d'entitats i empreses prestadores de serveis socials per cada 10.000 habitants les trobem al País Basc, Navarra, Aragó, i les més baixes a Canàries, Balears, Galícia, Múrcia. Però darrere d'aquestes diferències s'observa una tendència comú a l'increment, en molts casos exponencial, del nombre d'entitats i empreses de serveis socials a totes les comunitats autònomes. Igualment, és comuna a totes les autonomies la tendència a fonamentar el creixement del sector en l'expansió de la prestació per part de proveïdors privats, amb i sense ànim de lucre, i a potenciar les transferències com a subvenció al copagament.

Malgrat aquesta heterogeneïtat territorial en extensió i intensitat de la cobertura i en la composició de les xarxes de prestació dels serveis, igual que en els casos d'educació i salut, el discurs i la definició normativa dels principis que regeixen aquesta política de serveis socials presenta una clara homogeneïtat en tota la normativa autonòmica. L'evolució d'aquest discurs presenta una trajectòria comú, però amb *tempos* i lideratges diferenciats. En una primera fase, des de principis dels 80 fins principis dels 90, en què es va aprovar la primera onada de lleis autonòmiques de serveis socials, apareixien com a principis rectors l'universalisme i la responsabilitat pública en la provisió i la prestació dels serveis. Aquesta proclamació, però, coexistia amb la indefinició d'un dret subjectiu a l'assistència social que també trobàvem a la Constitució i que, en darrera instància, justificava jurídicament la impossibilitat de la universalització i la institucionalització, a la pràctica, de l'"assistencialisme". La responsabilitat pública es traduïa en el predomini de la prestació pública directa per part de les estructures institucionals autonòmiques i amb l'hegemonia d'un marc cognitiu generat pels col·lectius professionals del sector. Les Autonomies pioneres en la legislació van ser País Basc (1982), Navarra (1983) i Madrid (1984), i les últimes, Comunitat Valenciana (1989), La Rioja (1990) i Cantàbria (1992).

Aquests principis es van mantenir també en la primera onada de lleis autonòmiques de rendes mínimes d'inserció, iniciada pel País Basc i Cantàbria el 1989 i finalitzada

per Aragó (1993) i Balears (1995). Tanmateix, el discurs va començar a incorporar el concepte del dret a la inserció, tant pel que fa a la subsistència, com a la inserció socio-laboral. I aquest canvi provenia de noves veus en la política de serveis socials, principalment la Unió Europea, els partits opositors en els parlaments autonòmics, els sindicats i el tercer sector.

Una segona fase en l'evolució de la política de serveis socials s'inicia a mitjans dels 90 i arribaria a principis dels dos mil. En aquest període, les comunitats autònomes, liderades per Galícia (1993) i Catalunya (1994), reformen les seves lleis de serveis socials, incidint tant sobre els principis rectors com sobre els instruments d'intervenció. De l'universalisme i la responsabilitat pública es transita cap a la selectivització, la prestació indirecta i l'altruisme. Així, es dona entrada a la iniciativa privada amb ànim de lucre i al tercer sector com a prestadors de serveis. En aquest sentit, l'aprovació de la primera onada de lleis autonòmiques del voluntariat (14 de 17 en aquest període) reflecteixen l'emergència del discurs sobre la societat del benestar –en contrast amb estat del benestar– a nivell internacional. També en aquest escenari internacional, i seguint directrius europees, els programes autonòmics de rendes mínimes d'inserció es vinculen a les polítiques d'ocupació, i apareixen els plans nacionals d'inclusió social. De nou, aquestes directrius deixen un alt grau de discrecionalitat tant pels estats membres com per les institucions subestats que, en el cas espanyol, s'ha traduït en baixos nivells de compromís amb el desplegament de la política.

Des de principis dels dos mil fins l'actualitat, les noves lleis autonòmiques de serveis socials aposten, d'una banda, per una més clara subjectivació de drets i, de l'altra, pel co-finançament per part dels beneficiaris dels serveis, mentre consoliden el model de prestació indirecta en base a la iniciativa privada amb i sense ànim de lucre. Al seu torn, les noves lleis autonòmiques de rendes mínimes d'inserció aprofundeixen el vincle amb les polítiques d'ocupació, incorporant de manera diferenciada el dret a la prestació econòmica i les actuacions orientades a la integració laboral. En aquest esquema, però, es manté la distinció entre l'assistència amb i sense contrapartides laborals. En general, doncs, la tendència és a l'aprofundiment del reconeixement dels drets, però cofinançats en funció de la renda i patrimoni del beneficiari, i tendint a les transferències econòmiques de complementarietat en detriment de la prestació de serveis. Aquestes opcions, reflecteixen directament la fusió entre les estratègies europees d'ocupació i d'inclusió social, tal com es recull en els plans autonòmics d'inclusió social, que comencen a aprovar-se a finals dels 90s amb el lideratge del País Basc, Navarra i la Rioja.

Davant l'evolució exposada i dels principals trets de feblesa, subfinançament i selectivització que caracteritzen els serveis socials encara en l'actualitat, no resulta sorprenent que els discursos sorgits dels grups de discussió ofereixin una visió negativa de totes les dimensions d'aquesta política, en totes les comunitats autònomes. A més a més d'esmentar totes les mancances evidenciades a través de l'anàlisi, tots els grups coincideixen en percebre una gran opacitat en la informació respecte als següents aspectes: els serveis existents en el seu entorn, els drets que tenen de

fer-los servir o no, i els criteris pels quals es decideix prioritzar determinades necessitats o bé determinats col·lectius. Aquesta opacitat es vincula a sospites de clientelisme i electoralisme en la majoria de casos, així com a un cert ressentiment en percebre que el gruix de la població que contribueix al finançament dels serveis queda *de facto* exclosa de la seva cobertura, en no prestar-se com a universals. Malgrat reconèixer, en tots els casos, que el punt de partida era molt baix i que l'evolució ha estat positiva, també en tots els casos es conclou una manca d'adequació manifesta entre les necessitats de la societat i els recursos i serveis d'aquest àmbit d'intervenció pública.

13.5. Conclusions

Aquest projecte s'insereix en l'interès creixent de la recerca sobre la possible relació entre descentralització i desigualtats territorials. Aquest interès deriva de la coincidència en el temps de tots dos processos en nombroses regions del món, així com de la seva intensificació simultània en les darreres dècades del segle xx (Rodríguez-Pose i Gill 2004). Tanmateix, l'estudi que aquí hem presentat no aborda preguntes ni sobre la causalitat de cap dels dos processos independentment considerats, ni sobre una possible relació de causalitat entre ells. Les nostres preguntes s'orientaven a identificar si la descentralització ha comportat desigualtats territorials en relació a les polítiques de benestar desplegades pels governs autonòmics, si aquestes polítiques tenen relació amb realitats socioestructurals diferenciades, i com aquestes dinàmiques es reflecteixen en la percepció que els ciutadans tenen de l'evolució de l'estat del benestar i de les desigualtats entre les autonomies.

En aquest sentit, i a partir dels 17 grups de discussió realitzats (un per comunitat autònoma), constatem que existeix la percepció generalitzada que les desigualtats territorials en termes de benestar a l'estat espanyol han disminuït des de la transició democràtica i que l'evolució econòmica i de benestar en tot el territori ha estat molt positiva. També és generalitzada la percepció que la descentralització via creació de les comunitats autònomes ha contribuït a aquests dos resultats. De manera molt majoritària, s'admet que la capacitat de decisió i implementació que tenen els governs autonòmics ha permès adaptar-se millor a necessitats i/o demandes diferenciades en cada territori i que això és positiu. Tanmateix, i excepte en els grups de les comunitats "històriques" o amb identitat nacionalista, s'apunta sovint que l'"autonomització" que, fins ara, ha estat positiva, podria portar a invertir la tendència i aprofundir les desigualtats territorials. L'argument que apunten per justificar aquesta possibilitat es basa en les dinàmiques de pressions bilaterals que perceben en la lluita pels recursos i en l'opacitat que, entenen, envolten aquestes dinàmiques.

Més enllà de les consideracions globals sobre l'evolució del sistema de benestar, sovint no hi ha coherència entre les percepcions dels ciutadans sobre les principals pro-

blemàtiques sectorials que s'observen a nivell socioestructural en les comunitats autònomes (en salut, educació, exclusió social) i les dades disponibles sobre la dotació i funcionament dels serveis corresponents. Es tendeix a fer extensiu a la comunitat autònoma pròpia un suposat impacte de factors que estan en el discurs a nivell de tot l'estat. Per exemple, en comunitats on la immigració presenta els nivells més reduïts de tot l'estat, s'apunta que és aquest factor la principal causa de la massificació dels serveis de salut, o un dels factors aguditzadors de l'escassetat de serveis educatius de 0 a 3 anys, o un factor important en les prioritzacions en l'atenció escassíssima i selectiva dels serveis socials. Podem contrastar les percepcions, en primer lloc, amb les dades recollides sobre l'evolució socioestructural de les comunitats autònomes. En aquest punt, observem la persistència de diferències territorials en relació a determinades característiques poblacionals, com l'estructura per grups d'edat o el grau d'urbanització/ruralitat; o inclús l'aprofundiment de les diferències en relació a nous fenòmens, com ara la immigració o nous hàbits socials. En canvi, s'observa una tendència a la convergència pel que fa al desenvolupament econòmic, en alguns casos, o pel que fa a la disponibilitat i dedicació de recursos públics per càpita en polítiques de benestar en d'altres, encara que no hi hagi correlació positiva entre ambdues coses.

En relació a les polítiques desplegades a nivell autonòmic com a pilars en la consolidació o en el desenvolupament de l'estat del benestar, s'observen algunes tendències comunes en els tres àmbits analitzats –educació, salut i serveis socials. En relació a la dimensió simbòlica i/o normativa, segons es recull en l'evolució de la legislació, destaca una elevada homogeneïtat a l'hora de declarar principis rectors i reconèixer drets per part tant del govern central com de les Autonomies. En aquest sentit, es poden inferir processos de difusió i convergència (seguint els *tempos* d'aprovació de la normativa) en els marcs cognitius que fonamenten les intervencions públiques en cada àmbit. De vegades els itineraris de la difusió circula entre comunitats autònomes i d'elles cap a instàncies de govern superiors, de vegades des del govern central o inclús instàncies internacionals cap als governs subestats.

De la mateixa manera, s'identifica una clara homogeneïtat en un nucli substantiu pel que fa a l'extensió i la intensitat de la cobertura pública d'un determinat catàleg de serveis en els casos d'educació i salut, però no així en el cas de serveis socials, on la gradual subjectivització *de iure* dels drets no s'ha vist acompanyada de la universalització *de facto*. De tal manera que, almenys en educació i salut, la diversitat en opcions substantives (de quines necessitats i demandes cobrir) apareix només en relació a serveis complementaris al nucli definit com a comú a tot l'estat. La mesura en què aquesta diversitat s'interpreta, bé com a desigualtat, o bé com a indicador de capacitat de resposta i de prioritització a necessitats i/o demandes diferenciades en cada territori, és un debat obert.

En la mateixa línia, la dimensió operativa dels àmbits de polítiques analitzats presenta divergències, si observem la persistència d'estructures de prestació de serveis heretades (en salut i educació) que ja inicialment eren diferents en cada territori.

Però també observem una tendència a la convergència en casos com el de serveis socials, en què la construcció d'una xarxa, tot i que feble, s'està fent sobre un model de prestació indirecta, amb un protagonisme creixent a totes les comunitats del sector privat amb i sense ànim de lucre.

Sens dubte, indicadors com l'evolució de la despesa per càpita dedicada a un determinat àmbit d'actuació i el pes d'aquest esforç dins del pressupost de la comunitat autònoma ens diu molt sobre el grau de compromís d'aquest govern amb determinats serveis o problemàtiques. Això inclou, és clar, la decisió política d'identificar i/o prioritzar més o menys àmbits d'actuació autonòmica dins del seu marc competencial. Tanmateix, hi ha factors que distorsionen aquest raonament, com ara el sistema de finançament autonòmic i els recursos per càpita amb els que cada autonomia acaba finalment comptant en el seu pressupost. En el cas de l'Estat espanyol, l'esforç redistributiu ha portat no només a un elevat grau de convergència en la disponibilitat d'aquests recursos, sinó sovint a l'alteració radical de la posició de partida que les comunitats tenien segons la seva contribució al pressupost global de l'estat. A més a més, el règim especial de finançament del País Basc i Navarra pot influir, per exemple, en què aquestes comunitats sistemàticament dediquin més recursos per càpita als serveis analitzats i, de retruc, que les percepcions dels seus ciutadans sobre els nivells de prestació i la qualitat d'aquests serveis siguin, també sistemàticament, molt millors que la resta. I és també significatiu que, inclús en valorar aquests aspectes per a la resta d'autonomies, també ubiquin la pròpia en uns nivells superiors.

En definitiva, després de trenta anys de la posada en marxa de l'Estat de les autonomies, la panoràmica general aquí presentada sobre polítiques de benestar i desigualtats entre comunitats autònomes, apunta a l'existència d'un més que notable cos central compartit de principis, valors, prestacions i serveis, i una perifèria on les diferències entre autonomies pel que fa a determinades prestacions i l'existència o no de determinats serveis és més manifesta. Les dades generals apunten a què les distàncies en nivells de benestar han disminuït, però, en canvi, les percepcions dels ciutadans de les respectives Comunitats segueixen situades en què les diferències existien abans de la creació de les Autonomies i segueixen mantenint-se en molts aspectes, tot i reconèixer la millora generalitzada. Som, doncs, davant d'un clàssic exemple en què les evidències van per una banda i les percepcions per un altra. I, segurament, els arguments per defensar la força de les evidències i els arguments per defensar la força de les percepcions segueixen estant presents al nostre estudi. Tot apunta, doncs, a què seguirem parlant de convergència i de divergència en la construcció descentralitzada de les polítiques de benestar a Espanya. Entenem però que, de moment, el valor de la igualtat no s'ha vist alterat per la capacitat de servir al valor de la diversitat, valors tots dos presents en les bases constitucionals de l'Estat democràtic espanyol.

En el futur s'haurà de continuar treballant en aquest tipus d'anàlisi, ja que l'alteració radical dels equilibris assenyalats comportarien, sens dubte, l'augment de les ten-

sions interterritorials i de les pròpies bases fundacionals de la descentralització autonòmica. L'actual crisi econòmica, barrejada amb els grans canvis que es produeixen en les esferes productiva, social, familiar o de gènere, que comporten majors índexs d'invidualització, assenyalen a replantejaments significatius de l'estructura de l'estat del benestar a Espanya. I no és descartable que aquests canvis posin més de relleu els aspectes territorials de les polítiques de benestar com elements clau per afrontar els nous reptes, sigui reforçant el paper de les comunitats autònomes, com, sobretot, ressituant el paper dels governs locals en aquesta nova conjuntura.

13.6. Bibliografia

De la Fuente, A., "Dinámica Regional de la renta y la población", a Velarde Fuertes, J.; Serrano Sanz, J.M., (ed), *España Siglo XXI. La Economía*, Madrid: Biblioteca Nueva, Fundación Sistema, 2008.

McEwen, N.; Moreno, L. (ed.), *The territorial politics of welfare*, London: Routledge 2005.

Navarro, V.; Freixanet, M., *Informe 2007. Atenció sanitària*, Observatori Social d'Espanya, 2007. (Disponible a: <http://seggroupspublic/documents/binario/51940.pdf>).

Rodríguez-Pose, A.; Gill, N., "Is there a global link between regional disparities and devolution?", *Environment and Planning A*, 36, 2004, p. 2097-2117.

Mariña Couceiro

Llicenciada en Sociologia per la Universidade da Coruña i màster europeu en Treball i Política Social de la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha estat becària d'investigació dins el grup SAPS (Seminari d'Anàlisi de les Polítiques Socials) del Departament de Sociologia de la UAB. La seva tesi doctoral, en curs, se centra en la que és la seva principal línia de recerca: les polítiques de protecció social a l'Europa postcomunista després de la transició.

Marta Cruells

Llicenciada en Filosofia per la Universitat de Barcelona i màster en Polítiques de Gènere. Actualment és membre investigadora de l'IGOP i assessora de diferents entitats i institucions en matèria d'anàlisi i avaluació de polítiques de gènere. Ha coordinat diferents projectes de recerca: "Projecte MIP", del V programa Marc I+D CE; projecte de "Política penitenciària: anàlisi comparada entre Dinamarca, França, Anglaterra i Gal·les i Canadà", del CEJC; projecte sobre "La Institucionalització dels moviments socials", de la Fundació JB, i projecte "La Governabilitat de l'espai públic i la inclusió de la perspectiva de gènere", ICD, entre altres.

Sheila González

Polítologa, investigadora del GREDEQ i professora associada del Departament de Ciència Política i Dret Públic de la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha fet recerca i ha publicat sobre les desigualtats educatives, amb especial atenció a la política comparada i al binomi educació-immigració.

Mariela Iglesias

Sociòloga per la Universidad de Buenos Aires i màster en Polítiques, Projectes i Gestió de Ciutats per la Universitat de Barcelona. Ha estat docent de la Universidad de Buenos Aires. És investigadora de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques (UAB) desde 2005 quan és responsable de la coordinació dels programes de màster en Polítiques Socials i Mediació Comunitària i del postgrau en Economia Cooperativa. La seva trajectòria s'ha orientat a la integració de la perspectiva social i territorial treballant en projectes de serveis socials, espai públic i polítiques urbanes.

Gabriela Monteiro

Llicenciada en Administració per la Universidade Federal de Lavras (Brasil) i màster en Administració Pública per la Fundação Getulio Vargas (Brasil). És màster en Polítiques Socials i Comunitàries i doctoranda en Polítiques Públiques i Transformació Social a l'Institut de Govern i Polítiques Públiques de la UAB. Ha estat investigadora per a projectes en diferents institucions del Brasil, i ha realitzat recerques en els àmbits de participació, gestió i innovació democràtica, descentralització i polítiques sanitàries. Ha coeditat el llibre *Sociedade em Movimento: trajetórias de participação social na Baixada Fluminense*.

Clara Riba

Doctora en Ciències Polítiques i de l'Administració, màster en Gestió Pública (Universitat Autònoma de Barcelona) i diplomada en Recopilació i Anàlisi de Dades en Ciències Socials (University of Essex). Actualment és directora del Departament de Ciències Polítiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra. Ha treballat en un ampli ventall de temes relacionats amb comportament polític, gestió educativa, avaluació de polítiques públiques i exclusió social, i s'ha especialitzat en l'aplicació de mètodes d'anàlisi quantitativa en la ciència política.

Julio Souto

Llicenciat en Sociologia i Ciències Polítiques per la Universitat de València. Ha realitzat un intercanvi acadèmic amb una beca Sèneca a la Universitat Autònoma de Barcelona, ha participat en projectes de l'IGOP (Institut de Govern i Polítiques Públiques) i en el "Programa experimental de integración socioeducativa a través del judo para jóvenes del barrio de Russafa". Actualment realitza un intercanvi acadèmic a la Universidade Federal de Santa Maria (Rio Grande do Sul, Brasil).

Fins a quin punt la descentralització política a Espanya ha generat una major desigualtat entre els ciutadans? S'ha produït una diferenciació substancial entre les polítiques socials desplegades per les disset comunitats autònomes? L'impacte de la descentralització en l'equitat és un debat obert en un gran nombre de països. Aquest estudi trasllada el debat al cas de l'Estat espanyol i aborda les preguntes ja esmentades. L'estudi analitza l'evolució d'indicadors socioestructurals de les comunitats autònomes, les percepcions de la ciutadania, així com l'evolució de les principals opcions de polítiques públiques desplegades pels governs autonòmics en els àmbits d'educació, salut i serveis socials, de mitjan anys 90 a l'actualitat.

Les dades generals apunten a la persistència i, en alguns aspectes, la intensificació de diferències interterritorials socials i econòmiques. Al mateix temps, però, es constata una tendència a la convergència en certs aspectes, com la disponibilitat i dedicació de recursos públics per habitant, tot i no haver-hi correlació entre l'evolució d'aquests indicadors. L'anàlisi de les polítiques realitzada apunta que existeix un notable corpus compartit de principis, valors, beneficis i serveis que, com dèiem, és comú entre les comunitats autònomes, però que apareix completat per una perifèria de prestacions i serveis en què les diferències entre territoris són més manifestes.

Les dades evidencien que les distàncies en termes de benestar s'han reduït; però, al mateix temps i contradictòriament, les percepcions de la ciutadania en les seves respectives regions entén que les diferències existents abans de la creació de les autonomies són encara presents en molts aspectes, tot i que reconeixen una millora generalitzada en les polítiques de benestar. En definitiva, trenta anys després de l'establiment de l'Estat de les autonomies, el debat sobre la descentralització i els seus impactes continua obert. Aquest estudi pretén ser una aportació més des de l'anàlisi.

ISBN 978-84-393-8703-9



9 788439 387039