

# EL ESTADO DEL BIENESTAR EN CATALUÑA

Por Vicenç Navarro

Catedrático de Políticas Públicas de la Universitat Pompeu Fabra

## *¿Qué es el Estado del Bienestar?*

La respuesta a esta pregunta es sencilla: es la intervención del Estado encaminada explícitamente a mejorar el bienestar de la población e incluye primordialmente (aunque no exclusivamente) cuatro tipos de intervenciones, que son:

1. *Las transferencias sociales* que, como su nombre indica, son las transferencias de fondos públicos de un grupo social a otro, de las cuales las pensiones son el capítulo más importante y que transfieren fondos de los trabajadores y empresarios a los beneficiarios o pensionistas en aquellos sistemas de la seguridad social en que las pensiones se financian sobretodo a través de cotizaciones sociales, tal como es el caso en España. Sin las pensiones de vejez, el 68% de ancianos en Cataluña serían pobres, siendo las pensiones el programa antipobreza más importante en Cataluña.

2. *Los servicios públicos* tales como sanidad, educación, servicios de ayuda a la familia (tales como escuelas de infancia, servicios domiciliarios para las personas ancianas y personas con discapacidades, viviendas asistidas, residencias de ancianos, centros de día y otros servicios que ayudan a las familias), vivienda social y otros que proveen servicios a las personas. Estos servicios tienen una enorme importancia en configurar la calidad de vida de la ciudadanía y serán los temas centrales de este informe.

3. *Las intervenciones normativas* en las que el Estado no financia ni provee servicios sino que establece normas que deben seguirse para proteger a los trabajadores, consumidores y residentes. Son las políticas públicas de tipo ocupacional y ambiental así como de defensa del consumidor. Para que tal función tenga impacto en el bienestar de los trabajadores, consumidores y residentes, la responsabilidad normativa debe acompañarse con una responsabilidad sancionadora que penalice las violaciones de tales normas, una faceta del Estado del Bienestar de Cataluña muy poco desarrollada, como también veremos en el texto del informe.

4. Y *las intervenciones públicas* encaminadas a producir buenos puestos de trabajo, estableciendo las condiciones favorables para que el sector privado las produzca y cuando tal sector no cree suficientes buenos puestos de trabajo, estimule y facilite la producción de puestos de trabajo en el sector público, una responsabilidad del estado poco desarrollada en Cataluña y en España.

Estos cuatro tipos de intervenciones son las intervenciones que la población catalana valora más, a decir de las encuestas. Las escuelas de sus hijos, las pensiones y servicios de atención a los ancianos y a personas con discapacidades, el trabajo y la vivienda de los jóvenes, la salud y sanidad de todos los miembros de la familia, y otros temas semejantes son los temas centrales en la vida cotidiana de la gran mayoría de nuestros ciudadanos. A pesar de ello, es importante señalar que tales temas no son los temas centrales en las elecciones autonómicas de Cataluña que se centran sobretudo en temas de identidad nacional, que aun cuando son también muy importantes para la mayoría de la ciudadanía, no lo son tanto como los temas del Estado del Bienestar, lo cual explica la elevada abstención (sobretudo entre las clases populares), en las elecciones autonómicas de Cataluña, una de las más elevadas en España. La opción política que gobierna la Generalitat acentúa deliberadamente el tema identitario que ahoga y desplaza el tema social. Es más, la instrumentalización que tal opción política hace de los medios de información y persuasión televisivos y radiofónicos de Cataluña, próximos a la Generalitat (los de mayor difusión en Cataluña) hace que se presente una imagen extraordinariamente complaciente del Estado del Bienestar en Cataluña, del que la Generalitat tiene ya plenas potestades y responsabilidades (excepto la Seguridad Social). A la imagen generalizada, reproducida en los medios de información y persuasión controlados por el gobierno conservador español de que *“España va bien”*, los medios catalanes instrumentalizados por la Generalitat, añaden y *“Cataluña va incluso mejor”*. La realidad, sin embargo, presentada en este trabajo no confirma tal diagnóstico. Veamos y analicemos primero cómo se puede evaluar el grado de desarrollo del Estado del Bienestar en Cataluña.

*¿Cómo se mide el grado de desarrollo del Estado del Bienestar catalán?*

Hay varios indicadores que se utilizan para medir el grado de desarrollo de los distintos componentes de un Estado del Bienestar. Uno de ellos, que mide el grado de desarrollo de los

servicios del Estado del Bienestar, es medir el porcentaje de la población adulta que trabaja en tales servicios, es decir, en sanidad, en educación y en servicios de ayuda a la familia.

Utilizando tal indicador, vemos inmediatamente que el Estado del Bienestar en Cataluña está muy poco desarrollado pues sólo un 4.9% de la población adulta trabaja en sanidad, educación y servicios de ayuda a la familia, un porcentaje menor que en España 5.8% y mucho menor que el promedio de la UE-15, 12%. En algunos países de tradición socialdemócrata como Suecia, tal porcentaje alcanza un 20% (es decir un sueco adulto de cada cinco trabaja en tales servicios públicos). Estas cifras tan bajas para Cataluña, muestran un gran déficit del Estado del Bienestar en Cataluña.

Otro indicador que también se utiliza para medir el grado de desarrollo de un Estado del Bienestar es la cantidad de fondos públicos que financian las transferencias, servicios públicos y otras intervenciones del Estado para mejorar el bienestar de la población, cantidad medida como porcentaje del PIB. Tal porcentaje, es en Cataluña sólo un 17.5% (para el año 1999, el último año que la agencia de datos de la Generalitat de Cataluña ha publicado datos comparables con otras comunidades y países de la UE-15), más bajo que España, 19.9% y mucho más bajo que el promedio de la UE-15, 27.6%. En Suecia, tal porcentaje es 32.9%, nada menos que trece puntos más que en Cataluña. Estas cifras muestran una situación muy preocupante. Ningún otro país en la UE (excepto Irlanda) tiene un gasto público social tan bajo como Cataluña. (ver cuadro 1).

Este dato en sí ya muy preocupante – y que debería ser un punto central en el debate político del país- es incluso más preocupante cuando se analiza la evolución de tal gasto público desde principios de los años noventa. En el mismo cuadro 1 se puede ver que el gasto público social como porcentaje del PIB ha ido disminuyendo desde 1993, pasando de ser un 21.8% en aquel año, a un 17.5% en 1999, un descenso muy marcado (de 4.3 puntos), comparado con un descenso mucho menor (de sólo 1.2 puntos) en el promedio de la UE-15, que pasó de un 28.8% en 1993 a un 27.6% en 1999. Tal cuadro 1 muestra también como el gasto público social español (como porcentaje del PIB) también descendió (unos 4.1 puntos) durante aquel período, pasando de un 24.0% en 1993 a un 19.9% en 1999. *Tales cifras muestran no sólo que el gasto público social como porcentaje del PIB en Cataluña y en España es muy bajo (de los más bajos de la UE-15) sino que ha ido descendiendo muy rápidamente desde 1993, distanciándose más y más del promedio de gasto público social de la UE-15.*

*¿Por qué está creciendo el déficit social de Cataluña (y de España) con la UE?*

Una respuesta, un tanto complaciente a esta pregunta, es que el PIB catalán y español han crecido más rápidamente que el promedio de la UE y por lo tanto, aun cuando el crecimiento del gasto público social en Cataluña (y en España) ha continuado creciendo durante los años noventa, en términos porcentuales, el porcentaje de tal gasto público social sobre el PIB ha ido descendiendo. En apoyo de estas tesis se señala que el gasto público social en Cataluña ascendió de 17.477 millones de euros en 1993 a 19.188 millones en 1999, incrementándose por lo tanto en 1.793 millones. Es más, el gasto público social por habitante subió de 3.357 unidades de poder de compra (el valor de la moneda estandarizada para poder comparar su poder de compra en varios países) en 1993 a 3.734 upc en 1999 (en España subió durante el mismo período de 3.012 upc a 3.416 upc). (ver cuadro 2). Este crecimiento del gasto público social (tanto en términos absolutos globales como por habitante) es lo que da la impresión de que la España social va bien y la Cataluña social va incluso mejor, puesto que el gasto público social por habitante en Cataluña es ligeramente superior al español.

Pero en esta visión optimista de nuestras realidades se olvidan dos hechos fundamentales que deberían ser motivo de gran preocupación. Uno es que *el gasto público social por habitante en Cataluña es el más bajo de la UE (después de España, Irlanda, Grecia y Portugal)* y el otro es que el crecimiento del gasto público social en Cataluña está creciendo muy lentamente, mucho más lentamente que el promedio de gasto público social de la UE-15 tal como muestra el cuadro 2, con lo que la diferencia de gasto público social entre Cataluña y la UE ha ido aumentando en lugar de disminuyendo. El cuadro 3 muestra como *el déficit de gasto público social en Cataluña respecto al promedio de la UE-15 pasó de ser 1.222 upc en 1993 a 2.060 en 1999, un crecimiento del déficit social de nada menos que un 68%*, mayor por cierto que el crecimiento del déficit público social de España con el promedio de la UE-15 que fue de un 51%. (ver cuadro 3).

Este déficit del gasto público social con el promedio de la UE-15 se da en todos los capítulos del Estado del Bienestar en Cataluña, habiendo aumentando en todos ellos durante el período 1993-1999 (excepto en prestaciones por desempleo que representan un porcentaje del PIB mayor que el promedio de la UE debido a que Cataluña tiene uno de los desempleos más altos de la UE). (Navarro, V. y Quiroga, A. *La Protección Social en Cataluña*. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya, 2003). *El significado de estas cifras es que la sanidad, los servicios de ayuda a la familia, las escuelas de infancia, los servicios domiciliarios, las residencias de ancianos, la vivienda social, la prevención de la exclusión social y las pensiones de vejez, de discapacidad y de viudedad (capítulos en los que el déficit de gasto social con la*

*UE aumentó) han sido desde 1993 cada vez más deficitarios en relación con el promedio de la UE-15.*

*¿Por qué este crecimiento del déficit social?*

Este crecimiento del déficit de gasto público social desde 1993 se debe a que el incremento de los ingresos al Estado español (resultado de un mayor crecimiento económico y de un incremento de los impuestos, sobretodo de los indirectos) se ha utilizado desde 1993: a) por los gobiernos españoles (con el apoyo de la opción política que gobierna la Generalitat) para reducir el déficit presupuestario del Estado español, - habiendo alcanzado la cifra de 0.4% del PIB en el año 2002- y b) por el gobierno de la Generalitat para reducir el déficit presupuestario de la Generalitat, en lugar de utilizar tales aumentos de los ingresos públicos para reducir el déficit público de gasto social. En ambos casos, la reducción del déficit del presupuesto se ha conseguido a costa de incrementar el déficit social de España y Cataluña. Una política alternativa, más sensible a la necesidad de reducir el enorme déficit social de nuestro país hubiera sido reducir el presupuesto del Estado más lentamente y menos intensamente dedicando mayores fondos a reducir el déficit social, evitando a la vez la regresiva reducción de impuestos, llevada a cabo por el gobierno conservador español (con el apoyo, de nuevo, de la opción política que gobierna la Generalitat), que ha beneficiado a los grupos más pudientes de la población a costa de incrementar tal déficit social. Ni que decir tiene que la causa mayor del gran déficit de gasto social en Cataluña es la muy escasa sensibilidad social de la dictadura franquista, una situación que explica también el muy bajo gasto público social en España. Ahora bien, hay que acentuar que tal déficit social con la UE-15 fue reduciéndose de una manera muy significativa durante los años ochenta y principios de los años noventa, períodos de gobiernos socialdemócratas, alcanzando el déficit menor en el año 1993, revertiéndose desde entonces en los últimos años del último gobierno socialdemócrata y más tarde durante los gobiernos conservadores españoles, reversión que se debe a las causas enunciadas en el párrafo anterior, a las cuales hay que añadir en Cataluña las decisiones políticas del gobierno de la Generalitat que ha dado mayor prioridad a temas identitarios, (tales como el establecimiento de la policía catalana, Mossos d'Esquadra, que goza de los salarios más altos en España), que a temas sociales, tales como la reforma de la atención primaria sanitaria, la menos reformada en España (junto con Galicia), cuyo personal tiene los salarios más bajos de España. El escaso desarrollo del Estado del Bienestar catalán está basado, en gran parte, en las políticas públicas del gobierno de la Generalitat.

Una última aclaración. En un debate sobre porqué el déficit social de Cataluña con la UE ha ido aumentando, (que tuvo lugar el 23 de Julio de este año en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo en Barcelona, en unas Jornadas sobre el Estado del Bienestar en Cataluña que yo dirigía), el representante de la Consellería de Hacienda de la Generalitat, intentó explicar la disminución del gasto público social en Cataluña en comparación con el promedio de la UE, atribuyéndolo a la disminución de las prestaciones de paro, resultado del descenso del paro en Cataluña y España. Pero, ello no puede explicar que el aumento del déficit público social con la UE ocurrió (excepto en prestaciones por desempleo) en todos los capítulos del Estado del Bienestar catalán, tal como veremos a continuación.

#### *SANIDAD: El gasto sanitario público*

El cuadro 4 muestra la evolución, desde 1993 a 1999, del gasto público sanitario por habitante en Cataluña, en España, en el promedio de la UE-15 y en Suecia. Podemos ver cómo el gasto sanitario público por habitante aumentó de 867 upc en 1993 a 1.044 upc en 1999, incrementándose 182 upc durante este período, un incremento mayor que en España, creando de nuevo esta percepción de que la sanidad en España va bien y la catalana va incluso mejor. Pero en esta percepción se ignoran dos hechos muy importantes que cuestionan esta percepción tan complaciente. Uno es que el gasto público sanitario per cápita en Cataluña, al final del período, continuó siendo el gasto sanitario público más bajo de la UE después de España y Grecia. (Navarro, V. y Quiroga, A. *op. cit.*). Y el otro hecho incluso más preocupante que el anterior es que la diferencia del gasto sanitario público por habitante entre Cataluña y el promedio de la UE-15 aumentó durante este período pasando de ser de 326 upc de diferencia en 1993 a 433 upc en 1999, un aumento del déficit social de un 32% (el déficit de gasto sanitario público español con la UE-15 aumentó por cierto, un 41%). De nuevo, lo que esto quiere decir es que la sanidad pública catalana es crecientemente deficitaria en relación al promedio de la UE. (ver cuadro 5). El porcentaje del PIB en sanidad pública descendió de un 5.6% en 1993 a un 4.9% en 1999, un descenso más rápido que el descenso del gasto sanitario público de la UE-15 que pasó de 7.5% del PIB en 1993 a un 7.1% en 1999. (este porcentaje descendió también rápidamente en España pasando de 6.6% del PIB a un 5.7%). *Cataluña es el país con un gasto sanitario público como porcentaje del PIB más bajo de la UE-15, y es también el país (junto con España) en el que el gasto sanitario público por habitante está creciendo más lentamente, siendo por lo tanto, el país de la UE-15 que tiene un creciente*

*déficit sanitario público más alto.* Y por si ello no fuera poco, es uno de los países que debido al gran poder de la industria farmacéutica se gasta un porcentaje mayor de su gasto público sanitario en farmacia, un 20%, con lo cual si descontamos este 20% del gasto público sanitario, resulta que el gasto público sanitario no farmacéutico en Cataluña es un 3.92% del PIB que es extraordinariamente bajo, el más, más bajo de la UE-15 y con mucha diferencia. Detrás de muchos de los problemas que nos encontramos en la sanidad pública catalana, como las largas listas de espera para el tratamiento y para el diagnóstico de los pacientes (fenómenos muy generalizados que crean gran angustia e incertidumbre entre los pacientes) el escaso tiempo de visita al médico (una de las quejas más frecuentes en las visitas a los centros de atención primaria, resultado de asignar un número excesivo de pacientes al médico de familia), el gran retraso de la reforma de la atención primaria (la más retrasada en España después de Galicia, con todavía un 30% de la población catalana servida por los antiguos ambulatorios), el escaso confort de las facilidades públicas sanitarias (con hospitales que tienen incluso seis camas por habitación), el estrés y frustración entre los profesionales y trabajadores de las instituciones sanitarias públicas, y otras muchas situaciones insatisfactorias está este enorme déficit del gasto sanitario público.

*¿Por qué esta situación de bajo gasto y poco desarrollo público sanitario?*

Para entender esta pregunta hay que comprender que los servicios del Estado del Bienestar en Cataluña están polarizados, asemejándose más a los existentes en América Latina que en Europa. Esta polarización, característica de países con gasto público muy bajo, se traduce en que las clases pudientes –burguesía, pequeña burguesía, clases profesionales y clases medias de renta media alta- utilizan los servicios sanitarios privados, mientras que los servicios públicos sirven, en general, a las clases medias de renta baja y a la clase trabajadora. Según la última encuesta del *Panel de Desigualdades en Cataluña (2001-2002)* presentada por la directora de tal encuesta, la profesora Cristina Sánchez Miret, durante el Seminario sobre el Estado del Bienestar en Cataluña, citado anteriormente, el 37.2% de la población en Cataluña utiliza primordialmente la sanidad privada (en España es un 31.2%). (Sánchez, C. “*Les desigualtats socials i la salut a Catalunya*” L’Estat del Benestar a Catalunya, 21-23 de juliol del 2003, CUIIMPB). El 60% utiliza los servicios públicos. Ni que decir tiene que esta dicotomía no es ni tajante ni impermeable. Hay mucha gente que utiliza una u otra según sus necesidades particulares. Pero esta permeabilidad entre ambas, no niega la existencia de tal polarización, la

cual es clave para entender la ausencia de una presión social que fuerce un incremento significativo del gasto público sanitario. El 35-40% de renta superior de la población en Cataluña, que tienen una enorme influencia en la cultura mediática y política del país va a la sanidad privada y, en general, se desentiende del deterioro relativo de la pública, creyendo – equivocadamente- que tiene su situación resuelta. La realidad, sin embargo, es que no tiene su problemática resuelta, aunque no lo sepa. La sanidad privada es frecuentemente mejor que la pública en aspectos muy importantes para la calidad de la atención sanitaria tales como la capacidad de elección, el confort (una cama por habitación, por ejemplo) y un trato personalizado. Ahora bien, la calidad científica y técnica tanto del personal como del equipamiento público son mucho mayores en la sanidad pública, por lo que aconsejo a los lectores que se encuentren enfermos graves que vayan a la sanidad pública. Conocí a burgueses y pequeños burgueses que estarían vivos si hubieran ido a la pública (y se sorprenderían de saber sus nombres si se los dijera).

*Es obvio que lo que se necesita es un sistema único con capacidad de elección, con confort (una cama por habitación), con trato personalizado y con el personal y tecnología de alta calidad, bien pagado y altamente productivo, condiciones todas ellas que requieren un gasto público sanitario mucho mayor que el existente.* El Estado del Bienestar europeo se ha establecido debido a la alianza de la clase trabajadora con las clases medias, estableciéndose un sistema sanitario público en que estas últimas, que tienen expectativas más altas que las de la clase trabajadora, se encuentren satisfechas. En caso contrario, se van a la privada. Y esto es lo que ha ocurrido en Cataluña.

Reproduciendo esta situación están intereses económicos y profesionales muy poderosos y muy influyentes en la opción política que gobierna la Generalitat. Uno de ellos son los Colegios de Médicos que representan en su mayoría a la sanidad privada (así como los hospitales y centros privados) que están hoy parasitando al sector público. A algunos lectores el término “parasitando” les podrá parecer exagerado. La realidad muestra, sin embargo, que tal adjetivo describe correctamente la situación presente. Los grandes nombres de la sanidad privada trabajan en general en la pública por la mañana y en la privada por la tarde. Es de su ventaja que la pública no resuelva la problemática que tales profesionales canalizan a la privada. Tal situación, por cierto, es semejante a que la empresa Ford tuviera unos capataces que trabajaran para la Ford por la mañana y trabajaran por la tarde para la General Motors, la empresa productora de automóviles que compite con la Ford. Esta dualidad pública/privada daña a la pública, pues inhibe el incremento de la productividad en la pública, de lo cual es



responsable el gobierno de la Generalitat que constantemente favorece contrataciones con la sanidad privada en lugar de aumentar la eficiencia y las inversiones en la pública.

Ahora bien, la lógica del propio desarrollo sanitario, con su creciente complejidad tecnológica, altamente costosa, y su necesaria especialización hace insostenible una sanidad privada de alta calidad. Incluso en EEUU, en teoría el paraíso de la sanidad privada, la mayoría de los fondos sanitarios que sostienen los mejores centros de atención sanitaria son públicos. De ahí que existe un proyecto sanitario compartido por los partidos gobernantes en Cataluña y en España de incrementar tal parasitarismo, acercando la privada hacia la pública, de manera tal que la atención privada, en lugar de realizarse en la clínica privada, se realice de manera creciente en las instituciones públicas, de manera que tales instituciones tengan dos tipos de despachos, de salas de espera, laboratorios y habitaciones, unos para los enfermos privados y otros para los enfermos públicos, todo ello en la misma institución pública. Facilitando esta situación existe la expansión de los seguros privados (que tienen ventajas fiscales a partir de la reforma del IRPF, aprobadas con el apoyo de los partidos conservadores que gobiernan Cataluña y España) que contratan con los hospitales públicos, convertidos en Fundaciones, para la provisión de facilidades y privilegios para sus asegurados privados en los hospitales públicos. Con ello, el parasitismo de lo público por parte de la privada alcanzará niveles incluso mayores.

### *La salud pública*

Dentro de la sanidad catalana hay una dimensión que es especialmente preocupante, la salud pública, que está poco desarrollada debido en parte a la excesiva medicalización del sistema sanitario (donde hay centros avanzadísimos del estudio del genoma sin que haya, por ejemplo, una escuela de salud pública), en parte a los escasos recursos, y en parte al insuficiente desarrollo del municipalismo en Cataluña y en España, las autoridades que tienen ya responsabilidades en algunas áreas importantes de salud pública, tales como el control de las aguas, del aire, del alimento, de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otros.

Esta situación explica la situación grave de salud pública de Cataluña que tiene una de las tasas de tuberculosis, de sida, de drogadicción más altas de la UE-15, con una de las tasas más insuficientes de educación sexual y sanitaria (Cataluña tiene uno de los porcentajes mayores entre jóvenes de Europa que cree erróneamente que el SIDA se transmite por mero

contacto físico). Es también una de las regiones en la UE que tiene mayores tasas de intoxicaciones alimenticias y mayor mortalidad laboral y de tráfico.

Naturalmente que muchos de estos problemas son de gran complejidad con una causalidad social muy importante. Ahora bien, las intervenciones de salud pública pueden reducir sustancialmente el tamaño de tales problemas, eliminando incluso algunos de ellos, pero para ello se requieren además de un cambio muy notable de las prioridades del sector sanitario (con expansión de la dimensión salubrista y social, hoy muy poco desarrollada), un incremento muy notable de los recursos de los municipios, no sólo de recursos financieros sino también de los recursos normativos y sancionadores, hoy extremadamente limitados a nivel local. Puede parecer una frase muy contundente pero repito que estos problemas permanecerán a no ser que haya un mayor protagonismo de las autoridades locales en la gestión del Estado del Bienestar incluyendo su dimensión normativa y sancionadora. En España ha habido una notable descentralización de los servicios del Estado del Bienestar pasando del gobierno central a los gobiernos autonómicos, sin que haya avanzado esta descentralización hacia los municipios. Ello dificulta el desarrollo de tales servicios del Estado del Bienestar, así como de la tercera dimensión del Estado del Bienestar a la cual hice referencia al principio de este artículo; la dimensión normativa y sancionadora. En una conversación tenida con el alcalde de Barcelona, el Dr. Joan Clos (de profesión salubrista) me sorprendió ver el escaso poder que los Municipios tienen para poder intervenir en defensa de los intereses salubristas de la ciudadanía (excepto en situaciones de vida o muerte, situaciones que no son las más frecuentes). La calidad de vida de la ciudadanía no depende de intervenciones dramáticas (de vida o muerte) sino de intervenciones constantes y contundentes para mejorar las condiciones ambientales como son, por ejemplo, el ruido, que afectan el confort y el bienestar de la ciudadanía. Es sorprendente en este aspecto las enormes limitaciones del poder local, limitaciones que son desconocidas por la ciudadanía, que asume erróneamente que las autoridades locales tienen tales poderes.

Una última observación. Los servicios de salud pública de la Generalitat han sido uno de los servicios más deficientes de la Generalitat, alcanzando dimensiones lamentables como se mostró cuando el Presidente Pujol, mal aconsejado por su Director General de Salud Pública, indicó que el clembuterol (ampliamente utilizado por los ganaderos en Cataluña para engordar al ganado) era de uso legal en EEUU, cuando en realidad, la utilización de tal producto está totalmente prohibida en aquel país. Casos como éste son múltiples, resultado de una filosofía de gestión que considera la misión prioritaria del sistema de protección salubrista el de tranquilizar a la población, estrategia que a base de repetirse con tanta frecuencia ha perdido

su credibilidad. Tales servicios de salud pública de la Generalitat deberían reformarse profundamente, estableciéndose unos servicios en colaboración con las autoridades locales (semejantes al US Public Health Service) que intervinieran activamente, tanto en la provisión de aquellos servicios que rebasaran los límites locales como en las dimensiones normativas y sancionadoras, rompiendo con un clientelismo (cuando no mera corrupción) que está dañando la salud de los catalanes, (como trabajadores, como consumidores y como residentes): las áreas de salud laboral, salud ambiental y protección del consumidor deberían potenciarse enormemente, coordinándose e incluso integrándose con los servicios sanitarios preferentemente en los centros de atención primaria reformados, los cuales a su vez tendrían que tener más recursos y mayores responsabilidades incluyendo la coordinación de los servicios sanitarios con los servicios sociales.

### *Educación: Gasto público muy bajo*

El gasto público en educación fue de 2.7% del PIB en el año 2000 (el último año sobre el que tenemos información) mucho más bajo que el español, 4.3% y mucho, mucho más bajo que el promedio de la UE-15, 5.4%. (Calero, J. y Bonal, X. "El finançament de l'educació a Catalunya". Seminario sobre el Estado del Bienestar en Cataluña, 21-23 julio, CUIMPB). Si en lugar de utilizar este indicador (% del PIB) utilizamos el gasto público educativo por habitante, vemos que es 815 upc, más bajo que el español 927 upc y mucho más bajo que el promedio de la UE, 1.174 upc. (Pedró, F. "La qualitat de l'ensenyament: una perspectiva comparada". Seminario sobre el Estado del Bienestar en Cataluña, 21-23 julio, CUIMPB). No hay ningún otro país en la UE-15 que tenga un déficit de gasto público educativo tan acentuado como Cataluña, país que por otra parte, tiene unos niveles de desarrollo económico 20.658 upc per cápita próximos al promedio de la UE-15 23.033 upc (España tiene 17.027 upc per cápita), lo cual hace la existencia de tal déficit educativo todavía más sorprendente.

Tal déficit de gasto público aparece también en la educación primaria y secundaria. Cataluña se gasta 2.993 upc por alumno en educación primaria y 3.452 upc en educación secundaria, gasto público más bajo que el español (3.180 upc en primaria y 4.272 upc en secundaria) y mucho más bajo que el promedio de la UE (3.923 upc en educación primaria y 5.660 upc en secundaria). (Pedró, F. "La qualitat de l'ensenyament: una perspectiva comparada". Seminario sobre el Estado del Bienestar en Cataluña, 21-23 julio, CUIMPB).

Las consecuencias de este bajo gasto público son muchas. Una es que el año escolar en Cataluña (y en España) en educación secundaria, por ejemplo, es de 559 horas por año, más bajo que el promedio de la UE-15, 678 horas, con lo que, sumando el déficit horario anual, resulta que el estudiante de secundaria, cuando termina su educación, ha tenido un año menos de escuela que su homólogo europeo (y dos años menos que en Alemania, Bélgica, Escocia y Holanda). Varias encuestas de conocimiento académico entre jóvenes en Europa han mostrado que el conocimiento en comprensión de lectura y matemáticas de un joven de 14 años en España es equivalente al que tiene un estudiante promedio de la UE a sus 13 años. (Pedró, F. "La qualitat de l'ensenyament". Seminario sobre el Estado del Bienestar en Cataluña, 21-23 julio, CUIIMPB).

La pregunta que debemos hacernos, como hicimos cuando intentamos entender porqué el gasto sanitario público era tan bajo en Cataluña, es ¿cómo es posible que no haya habido una explosión de protesta frente a esta situación? Y la respuesta es la misma que dimos en el caso de la sanidad; es decir, la polarización de la educación en Cataluña donde las clases más pudientes (la burguesía, pequeña burguesía, las clases profesionales y la clase media de renta media alta) que constituyen el 35-40% de la población en Cataluña envía a sus hijos a la escuela privada, mientras que las clases populares (las clases medias de renta media baja y la clase trabajadora) envían a sus hijos a la escuela pública, la que sufre más los déficits del gasto público. Esta polarización está favorecida por las políticas de la Generalitat de Cataluña que subsidia a la mayoría de escuelas privadas (pagando el subsidio más alto en España) a costa de pagar la cantidad más baja por alumno en España a las escuelas públicas. Las escuelas públicas concertadas (el 98% de las escuelas privadas) no son gratuitas (como legalmente deberían ser), seleccionan a sus alumnos (lo cual tampoco es legal) y tienen muy pocos inmigrantes, los cuales en su gran mayoría (94%) están en las escuelas públicas. Como también veíamos en el caso de la sanidad, el 35-40% de renta superior tiene una enorme influencia mediática y política y cree erróneamente tener su problema educativo resuelto enviando a sus hijos a la privada. Se equivocan también en esta percepción puesto que, tal como también vimos en sanidad, no hay una impermeabilidad entre la escuela pública y la privada. La primera (que tiene un fracaso escolar de un 34%) condiciona también la privada. Las familias envían a sus hijos a la privada por muchas razones pero una de ellas es para estar por encima de la pública, lo cual pueden conseguir fácilmente cuando los recursos de la pública son tan bajos. Por otra parte, la calidad del personal es mayor, en general, en la pública que en la privada, aunque los recursos disponibles por alumno son en general mayores en la privada al sumar los recursos privados más los subsidios públicos. Es interesante notar que una de las

mejores escuelas públicas en la UE es la Sueca, donde asisten el 94% de los niños (el fracaso escolar en Suecia es sólo de un 7%) es también donde la escuela privada es de las mejores. En España y muy en particular en Cataluña los recursos educativos tanto públicos como privados son muy bajos lo que explica que según el informe de la OCDE, *Education at Glance, 2002*, los estudiantes españoles, tanto públicos como privados, tienen el conocimiento en lenguas, idiomas y matemáticas más bajo de la UE-15. El único estudio comparado en conocimiento académico de los niños en las distintas autonomías de España (realizado en 1997) mostró que los niños en Cataluña estaban por debajo del promedio de España, el cual estaba muy por debajo del promedio de la UE-15. Una vez más se muestra que la falta de cohesión social y solidaridad no es eficiente ni eficaz económicamente.

### *Servicios de ayuda a la familia*

En el discurso hegemónico de la sociedad catalana la familia juega un papel fundamental, como lo demuestra que todas las encuestas muestran que la familia es la institución en Cataluña considerada como más importante. Un 78% de catalanes considera a la familia como la institución que más valoran. Esta prioridad popular contrasta con la gran escasez de políticas públicas encaminadas a ayudar a la familia permitiendo el desarrollo autónomo de sus componentes. En este sentido Cataluña (y España) son los países que tienen menos desarrollados los servicios de ayuda a las familias (tales como escuelas de infancia de niños de 0 a 3 años, servicios domiciliarios, residencias de ancianos, y otros servicios) de la UE-15.

### *Escuelas de infancia*

En escuelas de infancia, sólo el 9% de los infantes de 0 a 3 años (y en España sólo el 8%) asisten a escuelas públicas de infancia, comparado con un 40% en Suecia, un 44% en Dinamarca, un 30% en Bélgica, un 23% en Francia, un 21% en Finlandia y un 12% en Portugal. En general, los países de tradición socialdemócrata son los países (Suecia, Dinamarca y Finlandia) que resultado de su compromiso con la igualdad de géneros en sus políticas de igualdad de oportunidades, han provisto mayor número de escuelas de infancia. Ahora bien, incluso países de tradición demócrata cristiana (como Bélgica) o conservadora (como Francia)

– incluyendo países de reciente pasado dictatorial como Portugal- han provisto tales servicios en porcentajes mayores que Cataluña y España.

### *Servicios domiciliarios*

Un déficit incluso mayor se presenta en los servicios de atención domiciliaria para personas ancianas y con discapacidades. Sólo un 2.5% de la población por encima de 65 años tiene algún tipo de cobertura de tales servicios domiciliarios de 3.7 horas semanales (en España sólo un 1.5% de 4.7 horas semanales), contrastando con porcentajes mucho mayores en países de tradición socialdemócrata (Suecia 30%, Dinamarca 20%, Finlandia 28%) e incluso cristiano demócratas o conservadores (Francia 7%, Holanda 8% y Reino Unido 9%). Como muestran estos datos comparativos la cobertura por parte de estos servicios de ayuda a la familia en Cataluña y en España es muy pequeña, no alcanzándose los objetivos mínimos definidos por la Sociedad Española de Geriátrica de cubrir al menos el 5% de las personas de más de 65 años (con una cobertura promedio de 7 horas semanales) o los aconsejados por el Catedrático Rodríguez Cabrero de cubrir un 5.6% de las personas de dependencia mediana (que requieren 6 horas semanales) y el 9.3% de personas de dependencia grave (que requieren 10 horas semanales). Las consecuencias de esta baja cobertura de la población por servicios domiciliarios son múltiples y se presentan a nivel humano, social y económico.

A nivel humano, no encontramos con las familias – y cuando decimos familias queremos decir predominantemente mujeres- sobrecargadas. Y los datos de morbilidad lo demuestran: las mujeres catalanas de 35 a 55 años tienen tres veces más enfermedades debidas al estrés que el promedio de la ciudadanía adulta. Y ello es consecuencia de encargarse de los infantes, de los jóvenes (que viven en casa con los padres hasta que tienen 30 años como promedio), de los esposos o compañeros, de los ancianos y de las personas con discapacidades. Además, un 42% trabajan también en el mercado de trabajo. Todo ello implica una gran sobrecarga con un coste humano elevado: 32% de personas que cuidan a personas dependientes están deprimidas, 30% consideran que su salud se ha deteriorado, 48% han dejado de tener vacaciones y un 40% han dejado de frecuentar amistades. Esta es una situación dramática a la cual la estructura de poder, muy machista es insensible. (Sánchez, C. *El treball de les dones a Catalunya*. Fundació Jaime Bofill, 2003)

### *Consecuencias sociales*

La ausencia de tales servicios de ayuda a la familia que permita a las mujeres compaginar sus responsabilidades familiares con su proyecto profesional así como las condiciones difíciles del mercado de trabajo para las mujeres jóvenes (con altas tasas de paro y precariedad) explica que las mujeres jóvenes retrasen el proceso de formación familiar (una vez obtengan alguna forma de estabilidad laboral que les permita un acceso a la vivienda) y una vez tengan hijos tengan menos. De ahí que Cataluña tenga, junto con España e Italia la tasa de fecundidad más baja de la UE-15. Suecia, por cierto, que tiene más servicios de ayuda a la familia muy desarrollados y un mercado de trabajo regulado y de elevada calidad, tiene uno de los niveles de fecundidad más elevados de la UE-15.

### *Costes económicos*

La pobreza de Cataluña (y España) se basa en el escaso número de trabajadores entre la población adulta. Cuando comparamos, sin embargo, el porcentaje de varones en el mercado de trabajo vemos que no hay grandes diferencias con el resto de la UE-15. La gran diferencia es entre las mujeres, en que Cataluña tiene integrada en el mercado de trabajo sólo un 42% entre las mujeres sin niños (y España sólo un 38%) y un 40% entre las mujeres con niños, porcentajes muchos más bajos que el promedio de la UE-15 (59% entre las mujeres con niños y 64% sin niños). En realidad, si Cataluña tuviera el porcentaje de mujeres en su mercado de trabajo que tiene Suecia (el país con mayor tasa de participación femenina) habrían 800.000 trabajadoras más (y en España 6 millones más), que crearían más riqueza y pagarían más impuestos y más cotizaciones sociales. (Quiroga, A. "El cuidado Social de la Gente Mayor en Cataluña". Seminario sobre el Estado del Bienestar en Cataluña, 21-23 de julio, CUIIMPB). De las mujeres que no trabajan, la mayoría ha expresado su deseo de trabajar, no pudiéndose incorporar al mercado de trabajo por carecer de ofertas de trabajo flexibles (18%) o por carecer de ayudas en su domicilio (32%) o por tener que cuidar a otras personas (21%) o por haber abandonado la búsqueda de trabajo por serle muy difícil encontrarlo (19%). Este es otro de los dramas de la mujer catalana, drama también invisible debido al enorme machismo de la cultura mediática de Cataluña.

### *Notas finales*

Esta presentación breve de la situación de algunos componentes importantes del Estado del Bienestar en Cataluña debería romper con la excesiva complacencia que existe en los medios de información y persuasión en Cataluña (la gran mayoría de ideología conservadora) sobre la Cataluña Social. Ni que decir tiene que muchas cosas positivas se han hecho en Cataluña desde el establecimiento de la democracia, cosas que han sido relatadas, promovidas y aplaudidas en aquellos medios. Ahora bien, hay problemas graves, algunos de ellos muy graves, en nuestro Estado del Bienestar, que tales medios han ignorado, no comunicándoselo a la ciudadanía, que desconoce tales hechos. De ahí que en esta presentación he acentuado estos aspectos a fin de que la población los conozca y actúe en consecuencia en su dimensión política, al decidir qué opción política desea que gobierne Cataluña. Una dimensión que a veces se olvida en Cataluña es que un sistema democrático necesita de una información variada y equilibrada que permita al ciudadano conocer y decidir. Esta última condición está limitada en Cataluña por la escasa variación existente en tales medios de información, en que la visibilidad mediática de una persona o de un mensaje depende de su función política para las fuerzas políticas que controlan tales medios. De ahí que es probable que los datos y argumentos presentados en este informe sean de improbable presentación en los medios de persuasión dominantes en Cataluña. De ahí que tengo que pedirle al lector que, en caso de que encuentre esta presentación útil e importante la distribuya entre el máximo número de personas a las que el lector tenga alcance. Muchas gracias.



## Cuadro 1

### GASTO PÚBLICO SOCIAL

(como porcentaje del PIB)

	1993	1999
<i>CATALUÑA</i>	21.8 %	17.5 %
ESPAÑA	24.0 %	19.9 %
UE-15	28.8 %	27.6 %

Cataluña el más bajo de la UE (después de Irlanda)

Fuente: IDESCAT y EUROSTAT

## Cuadro 2

### GASTO PÚBLICO SOCIAL POR HABITANTE (en unidades de poder de compra)

	1993	1999
<i>CATALUÑA</i>	3.357	3.734
ESPAÑA	3.012	3.416
UE-15	4.579	5.794
SUECIA	6.022	7.117

Cataluña el más bajo después de Irlanda, Grecia y Portugal

Fuente: IDESCAT y EUROSTAT

## Cuadro 3

### DÉFICIT SOCIAL DE GASTO PÚBLICO EN CATALUÑA EN RELACIÓN CON LA UE

	(en unidades de poder de compra)		
	1993	1999	Crecimiento del déficit con la UE-15
<i>CATALUÑA</i>	1.222	2.060	68 %
ESPAÑA	1.567	2.378	51 %

Fuente: IDESCAT y EUROSTAT

## Cuadro 4

### GASTO SANITARIO PÚBLICO COMO PORCENTAJE DEL PIB

	1993	1999
<i>CATALUÑA</i>	5.6 %	4.9 %
ESPAÑA	6.6 %	5.7 %
UE-15	7.5 %	7.1 %
SUECIA	8.7 %	8.2 %

Cataluña el más bajo de la UE

Fuente: IDESCAT y EUROSTAT

## Cuadro 5

### GASTO PÚBLICO SANITARIO POR HABITANTE (en unidades de poder de compra)

	1993	1999	+
<i>CATALUÑA</i>	<i>867</i>	<i>1.049</i>	<i>182</i>
ESPAÑA	829	968	139
UE-15	1.193	1.482	289
SUECIA	1.353	1.770	417

El más bajo de la UE después de España y Grecia

Fuente: IDESCAT y EUROSTAT