

XI Congreso de la Asociación Española de Ciencia Política y de la
Administración
Sevilla, 18-20 de septiembre de 2013

GT. 5.14: Policy convergence and divergence in the multi-level states of Europe

Título

**Evaluación ciudadana de las políticas regionales de bienestar
en España ¿Hacia la convergencia de la crisis?**

Fabiola Mota (UAM)
fabiola.mota@uam.es

Resumen: Este texto analiza cómo evalúan los ciudadanos de las 17 comunidades autónomas la actuación de sus gobiernos autonómicos en las dos principales áreas políticas de bienestar, la educación y la sanidad. El análisis es transversal y longitudinal, de modo que es posible observar el proceso de convergencia y/o divergencia de la evaluación ciudadana de las políticas regionales de bienestar desde principios de los años noventa hasta nuestros días. Para ello se utilizan estudios de opinión del CIS con muestras representativas autonómicas. Los primeros resultados indican la existencia de un proceso cíclico de expansión de la divergencia interregional coincidiendo con la descentralización de las políticas de sanidad y educación a las comunidades de ‘vía lenta’, y un proceso de ‘re-convergencia’ de la evaluación inter-territorial de las políticas regionales de bienestar que parece responder a los recortes del ‘welfare state’ emprendidos con motivo de la crisis económica que se inicia a finales de la primera década del siglo.

Palabras clave: Estado del bienestar, políticas, regionalización, evaluación ciudadana, España

Fabiola Mota Consejero es profesora contratada doctora en el Departamento de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Autónoma de Madrid.

**BORRADOR
INVESTIGACIÓN EN CURSO
POR FAVOR, NO CITAR SIN PERMISO DEL AUTOR**

*NB: Este estudio contiene resultados de dos proyectos de investigación, uno financiado por el Plan Nacional de Investigación del gobierno de España (CSO-2011-27547), y uno financiado por el gobierno catalán (*Ordre GRI/6/2012 de gener de 13, Resolució 20 July 2012*).

Introducción

Un reciente índice de autoridad regional, elaborado a partir de una muestra de 44 democracias y semi-democracias entre 1950 y 2006, revela que sólo dos países manifestaron procesos de centralización durante ese período mientras que otros 29 países se regionalizaron (Hooghe *et al.*, 2010: 75). Este proceso de descentralización ha sido especialmente intenso en Europa donde un buen número de estados miembros de la Unión Europea han llevado a cabo reformas descentralizadoras y regionalizadoras desde los años ochenta (Sharpe, 1993; Loughlin, 2001; Hooghe y Marks, 2001; Swenden, 2006). En general, los procesos de descentralización territorial que han tenido lugar en las últimas décadas han sido observados como reformas institucionales tendentes a incrementar la eficacia económica, reforzar los valores y procedimientos democráticos e incluso fortalecer la integración nacional. No obstante, el debate teórico y empírico sobre los supuestos beneficios de las instituciones federales – *vis à vis* las centralizadas y unitarias- sobre la gobernanza, la democracia y la integración nacional continúa sin ser resuelto (Lago *et al.*, 2011:197). En el seno de este debate ha surgido una especial preocupación respecto a los efectos de la descentralización territorial sobre los derechos de ciudadanía, en otras palabras, ¿en qué medida y, de qué modo, la descentralización promueve desigualdades territoriales entre los ciudadanos?

El debate en torno al impacto de la descentralización sobre la igualdad y el sistema de bienestar social ha llevado a indagar la interacción entre el proceso ascendente (o bottom-up) de la globalización y el proceso descendente (o “top-down”) de la descentralización política (Moreno 2003). Ambos procesos presionan hacia el cambio y la adaptación del estado del bienestar, pero además también cuestionan el propio concepto de estado de bienestar basado en la asunción de una completa identidad nacional estatal de raíces tanto cívicas como culturales. Como Michael Keating ha

observado, la relación causal entre las identidades territoriales y el estado del bienestar se expresa en las dos direcciones: “No sólo un sentimiento de identidad común ayuda a sostener los valores de ayuda mutua, sino que también el propio estado del bienestar promueve la identidad nacional y la unidad” (Keating 2001: 40).

Los argumentos a favor de una mayor participación de los gobiernos locales y regionales en el desarrollo de las políticas de bienestar subrayan la maximización de la información disponible para los decisores políticos; un mejor diseño de los programas sociales de acuerdo con las necesidades locales y las expectativas de los ciudadanos; y por último, el surgimiento de una competición interregional en políticas de bienestar también puede contribuir a estimular la innovación política, el aprendizaje y la producción de incentivos para la mejora general de las políticas públicas, con un probable “efecto demostración” que podría minimizar las consecuencias perjudiciales sobre la solidaridad nacional-estatal.

Desde un punto de vista diferente, la descentralización es contemplada como una amenaza para la igualdad territorial en el estado en la medida en que una excesiva autonomía de las regiones más ricas sería perjudicial para las regiones más pobres. Aún más, puede haber una tendencia a que las políticas se diferencien en función de los territorios, con el subsiguiente desarrollo de diversos y distintivos regímenes de bienestar dentro de las fronteras de un estado. Sin duda, cierto grado de divergencia en las políticas es una consecuencia inevitable de la descentralización política. No obstante, cuando esta descentralización es resultado de determinadas demandas territoriales de autogobierno puede acabar conduciendo a una mayor desigualdad entre los ciudadanos de diferentes regiones. Por otra parte, los gobiernos regionales pueden ser percibidos por los ciudadanos como los proveedores y garantes del bienestar social del pueblo que representan, convirtiéndose de este modo en el foco de la lealtad

ciudadana y de sus demandas de políticas (McEwen y Moreno 2005). En consecuencia, el desarrollo de regímenes de bienestar regional o sub-estatal puede reforzar la política y las identidades territoriales especialmente en el caso de estados plurinacionales.

Algunas investigaciones realizadas, desde una perspectiva más teórica o más empírica (por ejemplo, Rodríguez-Pose y Gil, 2004; McEwen y Moreno, 2005; Greer, 2006; Requejo y Nagel, 2009), coinciden en señalar dos tipos de problemas o intereses en el debate sobre el impacto de la descentralización: por un lado, la preocupación sobre las consecuencias derivadas del federalismo fiscal como la principal causa de las asimetrías territoriales en materia de bienestar social, y por otro lado, los intentos políticos de “re-simetría” o “re-equilibrio” territorial de estado en términos de las políticas públicas.

En este estudio se propone abordar el problema a través del análisis de las percepciones de los ciudadanos sobre las políticas regionales de bienestar. El caso español parece especialmente interesante para explorar los factores que explican la evolución de la satisfacción ciudadana con las políticas de bienestar puesto que tanto el proceso de descentralización política como el de construcción de un estado del bienestar comparable a los estándares europeos tuvieron lugar simultáneamente tras la transición democrática (Gallego and Subirats 2012: 270). Más importante si cabe, la naturaleza plurinacional del estado español nos permite observar cómo interactúan las políticas de bienestar y la política territorial.

El objetivo de este estudio es doble. Por una parte, se observan las diferencias regionales en la evaluación individual de las políticas de educación y sanidad desde 1998 hasta 2010. De acuerdo con las desigualdades regionales en nivel de riqueza y en la composición socio-demográfica, cabe esperar significativas diferencias interregionales en la evaluación ciudadana del bienestar a lo largo del tiempo. Por otra

parte, se realiza un análisis exploratorio que trata de identificar los factores explicativos de estas diferencias territoriales, ejecutando para ello algunos modelos de regresión estadística multi-nivel que incluye tanto variables individuales como agregadas (en el nivel regional). En consecuencia, primero se presentan los principales aspectos del proceso de descentralización que ha configurado el Estado de las Autonomías así como las características del estado de bienestar en la España democrática; segundo, se describe y analiza la evolución de la opinión pública respecto a las políticas de bienestar en las 17 Comunidades Autónomas (CCAA); tercero, se prueba un conjunto de hipótesis explicativas de la satisfacción ciudadana con las políticas regionales de bienestar mediante análisis estadístico con datos de opinión de 2002 y de 2010; por último, se apuntan algunas conclusiones del estudio y se proponen preguntas abiertas para la investigación futura.

1. Estado del Bienestar y descentralización territorial en España

Durante la transición española a la democracia se emprendió la reforma territorial del Estado con el objetivo de satisfacer legítimas aspiraciones de autonomía política en algunas regiones (especialmente en Cataluña y el País Vasco), al tiempo que se buscaba modernizar y democratizar una administración pública obsoleta y anclada en un modelo autoritario para hacerla más efectiva, eficiente y responsable (Subirats y Gallego, 2002). Con la creación del Estado de las Autonomías, la Constitución de 1978 permitió un proceso de descentralización extensiva del poder del estado así como el reconocimiento constitucional de algunos aspectos específicos en algunas regiones – lenguas vernáculas, leyes civiles de tradición propia, instituciones históricas de autogobiernos, etc.- (Aja, 1999). Esto último representó que cuatro de las diecisiete Comunidades Autónomas (Cataluña, País Vasco, Galicia y Andalucía) alcanzaron desde

el principio el máximo nivel de autonomía política en ese momento (a través del artículo 151 de la Constitución) y la capacidad de celebrar elecciones separadamente del calendario electoral impuesto a las autonomías restantes (de la vía 143 de la CE). Una vez aprobados los estatutos de autonomía de todas las CCAA, en 1983, se distinguían dos grupos de comunidades de acuerdo con el nivel de autonomía política alcanzado: siete regiones gozaban del máximo nivel de autogobierno (las cuatro antes mencionadas más Navarra, Comunidad Valenciana y las Islas Canarias) mientras que las diez restantes compartían el modelo de una *vía lenta* hacia el autogobierno. A pesar de esta asimetría inicial que caracterizó desde el inicio el proceso de descentralización, todas las CCAA adquirieron instituciones similares de gobierno representativo y aprobaron sus propios estatutos constitucionales con contenidos también muy homogéneos.

Pese a la incertidumbre inherente al proceso de construcción de instituciones políticas territoriales (Aja, 2001: 237; Moreno, 2008; Martínez y Miley, 2010: 10), el resultado ha sido que España se ha convertido en un estado con unidades territoriales altamente descentralizadas, en el que los gobiernos regionales poseen autonomía para tomar decisiones políticas y cuentan con una capacidad presupuestaria similar a la de los países más federales (como Alemania, Canadá o Estados Unidos) (Lago y Lago, 2011b: 31). De hecho, las CCAA han llegado a gestionar más del 35% del gasto público (Gil-Ruiz y Iglesias, 2007), emplean más de un millón de trabajadores (el 53% del total de empleados públicos en España, mientras la administración central del estado emplea un 21%)¹, y han implementado más de tres mil leyes y regulaciones (Gallego y Subirats, 2002: 99). Respecto a la provisión de bienes y servicios públicos – sanidad, educación, políticas activas del mercado de trabajo, entre otras-, todas las CCAA han

¹ Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2012)

ganado autonomía en el proceso de decisión y elaboración de las políticas públicas así como sobre el gasto. Por otra parte, todas las CCAA, con excepción de los territorios de régimen fiscal especial del País Vasco y de Navarra, muestran niveles similares de gasto público como resultado de las transferencias desde el gobierno central. A ello también ha contribuido las políticas de cohesión de la Unión Europea, que han ayudado a equilibrar los presupuestos regionales mediante transferencias de fondos públicos, beneficiando al equilibrio financiero entre las CCAA (López Laborda, 2007).

La evolución de la organización territorial del estado español hacia un modelo federal ha afectado de diversas maneras al estado del bienestar. Por una parte, apenas ha tenido influencia sobre las políticas de pensiones y subsidios de desempleo que han permanecido en las manos del gobierno central. Sin embargo, respecto a otras políticas de bienestar, las CCAA han logrado diverso grado de capacidades legislativas y ejecutivas, desde el proceso de decisión de las políticas hasta su implementación. Como consecuencia de ello, el estado de bienestar español es un sistema descentralizado, donde los gobiernos regionales se han convertido en los productores y gestores de las políticas esenciales del sistema de bienestar, las que más recursos concentran tales como la educación y la sanidad (Gallego y Subirats 2012: 285).

En general, las políticas regionales de bienestar en España han adoptado y han evolucionado en línea con el régimen de bienestar español, el cual resulta singular cuando es analizado de acuerdo con los tres tipos clásicos de Esping-Andersen (Moreno 2009). El estado de bienestar español ha intentado converger rápidamente con otros países europeos, especialmente desde mediados de los años ochenta, y casi desde entonces ha tenido también que soportar importantes presiones que recomendaban su revisión. La globalización (y el proceso de europeización), la inmigración y el envejecimiento de la población son los problemas más comúnmente esgrimidos para la

revisión o incluso el recorte del estado del bienestar (del Pino 2009: 43). En España, los dos últimos han sido y continúan siendo especialmente agudos. Por una parte, el envejecimiento de la población comenzó a ser considerado un problema urgente a comienzo de los años noventa, de hecho, y a pesar de alguna mejora posterior, se prevé que la población española llegue a ser una de las más envejecidas del mundo (junto con Japón) en sólo unas décadas. Por otra parte, España se ha convertido en uno de los países europeos con más población inmigrante en términos relativos, incluso más que otros países con larga tradición de recepción de inmigrantes. Aunque la inmigración ha supuesto beneficios netos positivos para el país, también ha implicado desafíos colosales para el estado del bienestar (del Pino 2009: 51).

Por lo tanto, al analizar las diferencias autonómicas en las políticas de bienestar se debe tener en cuenta que las CCAA han adoptado decisiones en el contexto de persistentes diferencias regionales relativas a la composición de sus poblaciones, como la estructura de edad o el nivel relativo de urbanización o ruralización, a las que se han añadido otras nuevas como las tasas de inmigración (Gallego y Subirats 2005, 2011a, 2011b). A pesar de ello, los estudios realizados sobre las políticas regionales de bienestar en España observan no sólo una correspondencia y homogeneidad entre la legislación estatal y regional respecto a los principios de gobierno y los derechos ciudadanos, sino también una homogeneidad más amplia “en la extensión y la intensidad de la cobertura pública de un determinado rango de servicios en la sanidad y la educación” (Gallego y Subirats 2012: 286). No obstante esta homogeneidad básica, la manera como las CCAA han hecho uso de sus capacidades de autogobierno respecto a las políticas de bienestar ha estado condicionada por al menos tres factores: primero, las condiciones iniciales (como el desigual grado de intervención pública en cada una de las áreas políticas); segundo, el desarrollo temporal (dependiendo de la vía constitucional

de acceso a la autonomía y de la capacidad de innovación); y, tercero, el variable presupuesto del gobierno regional en función del régimen fiscal territorial (Gallego y Subirats, 2011: 28).

En consecuencia, cabe esperar que existan diferencias entre las políticas de bienestar de las CCAA, a pesar de una homogeneidad básica relativa a derechos y principios de gobierno, por las siguientes razones: las diferencias inter-regionales en la composición de las poblaciones (envejecimiento, inmigración, densidad, ingresos per capita, etc.); la persistencia, en cada territorio, de estructuras heredadas en la provisión del bienestar social; la capacidad de innovación en las políticas de los gobiernos regionales; el momento en que fueron alcanzadas las competencias en materia de bienestar (en la primera o segunda fase de la descentralización); y el nivel de gasto de recursos públicos en las políticas de bienestar.

La cuestión que ahora se plantea es: ¿puede la observación de la opinión pública capturar las previsibles diferencias autonómicas en las principales políticas de bienestar, sanidad y educación? En particular, hay que tener en cuenta que cualquier reforma de las políticas de bienestar (o cualquier decisión impopular que afecte al bienestar social) llevada a cabo por los gobiernos regionales será probablemente menos visible para el público y más fácil de ocultar entre la confusión de autoridades superpuestas en un sistema de gobierno multi-nivel (del Pino 2009: 59-60). Por lo tanto, con estas cautelas, cabe que preguntarse, ¿cómo evalúan los ciudadanos de las CCAA las políticas de sanidad y educación de su gobierno regional?, ¿cuán satisfechos se sienten respecto a las mismas? ¿Ha variado la evaluación pública de las políticas regionales de bienestar a lo largo del tiempo? Si es así, ¿cuánto y en qué sentido ha cambiado?

2. Evaluación ciudadana de las políticas regionales de bienestar (educación y sanidad), 1998-2010

Conviene recordar que el proceso de descentralización territorial en España implicó dos fases de desarrollo: un grupo de siete comunidades autónomas alcanzó el máximo nivel competencial en educación y sanidad entre 1981 (Cataluña fue la primera) y 1994 (las Islas Canarias fue la última del grupo), mientras que las diez restantes lograron la máxima autonomía en educación y sanidad durante el período 1997-2002. De modo que el proceso básico de descentralización de las políticas de bienestar quedó completado por 2003. El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) ha realizado diversas encuestas de opinión durante el período que nos permiten analizar la evolución de la evaluación ciudadana de las políticas regionales de bienestar. Los estudios seleccionados² para este trabajo fueron realizados en los años 1998, 2002, 2005 y 2010, incluyendo todos ellos el mismo ítem que observa la variable dependiente de la investigación³: ¿cómo valoran los ciudadanos la política llevada a cabo por el gobierno regional en educación y sanidad?

Los gráficos 1 y 2 muestran la evolución de la evaluación ciudadana de las políticas regionales de sanidad y educación respectivamente. A primera vista, ambas figuras muestran una tendencia similar, esta es, desde una relativa convergencia regional en 1998 a una mayor divergencia durante el primer lustro del siglo (2002 y

² Banco de datos del CIS: 1998: # 2,286; 2002:# 2,455; 2005: # 2,610; y 2010: # 2,829. Estos estudios se realizaron mediante entrevistas personales a muestras regionales representativas de la población adulta española (18 años o más). Por tanto, cada estudio contiene un conjunto de datos de las 17 muestras regionales representativas con un intervalo de confianza del 95,5 por ciento. Los errores de las muestras regionales van del 3,2 por ciento (Andalucía) hasta el 4,9 por ciento (Navarra y La Rioja).

³ “Ahora me gustaría que Ud. me dijera si considera muy Buena (5), Buena (4), regular (3), mala (2) o muy mala (1) la política que (Gobierno autonómico) ha seguido en relación con cada una de ellas (educación, sanidad, y otras políticas)”.

2005), y una renovada convergencia relativa en 2010. Se puede afirmar que, en términos generales, la evaluación ciudadana de las políticas regionales de educación y sanidad apenas supera el aprobado. Las políticas de educación y sanidad en las comunidades de el País Vasco, Asturias y Navarra se encuentran habitualmente entre las mejores valoradas (aunque la percepción positiva de la política educativa en Navarra desciende abruptamente desde 1998), en cambio, sendas políticas muestran continuamente las peores valoraciones en Canarias, Madrid y la Comunidad Valenciana.

Gráfico 1. Evaluación ciudadana de la política sanitaria regional

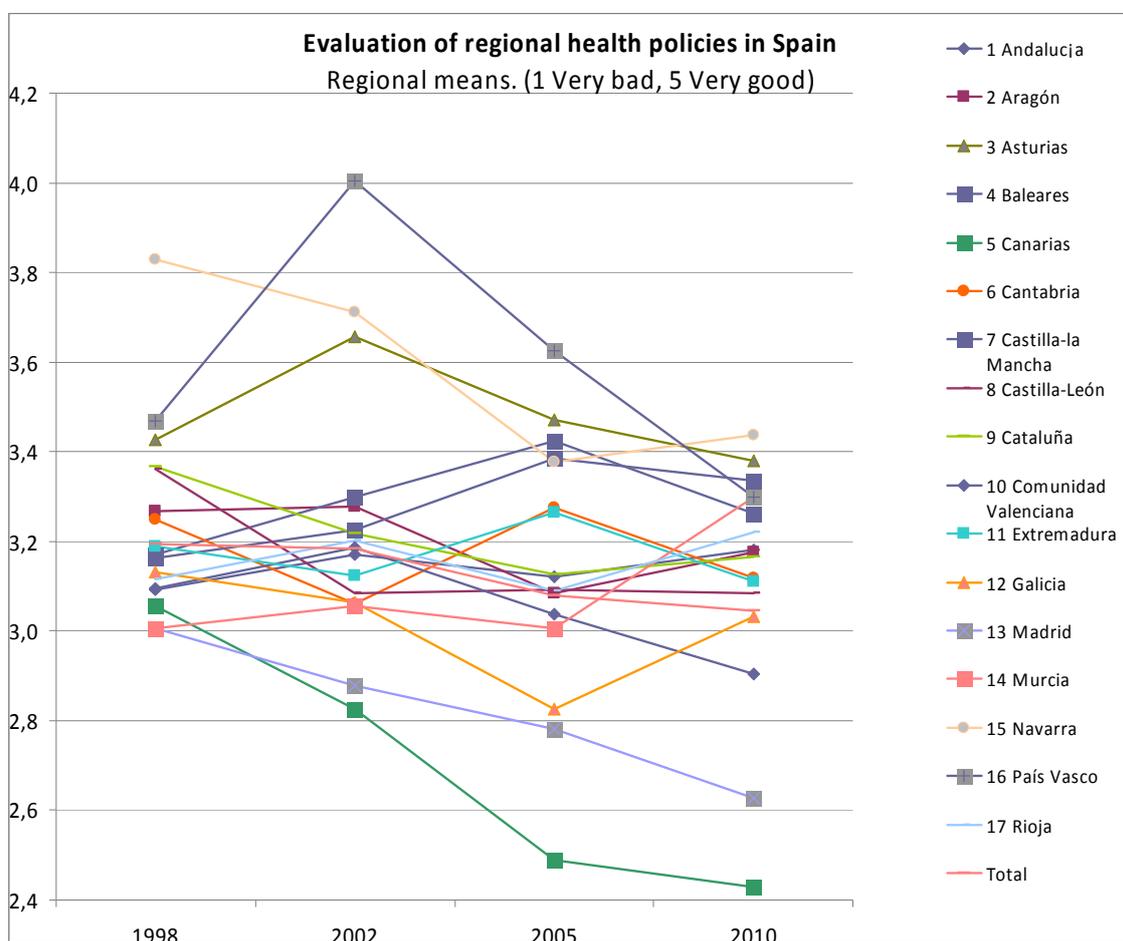
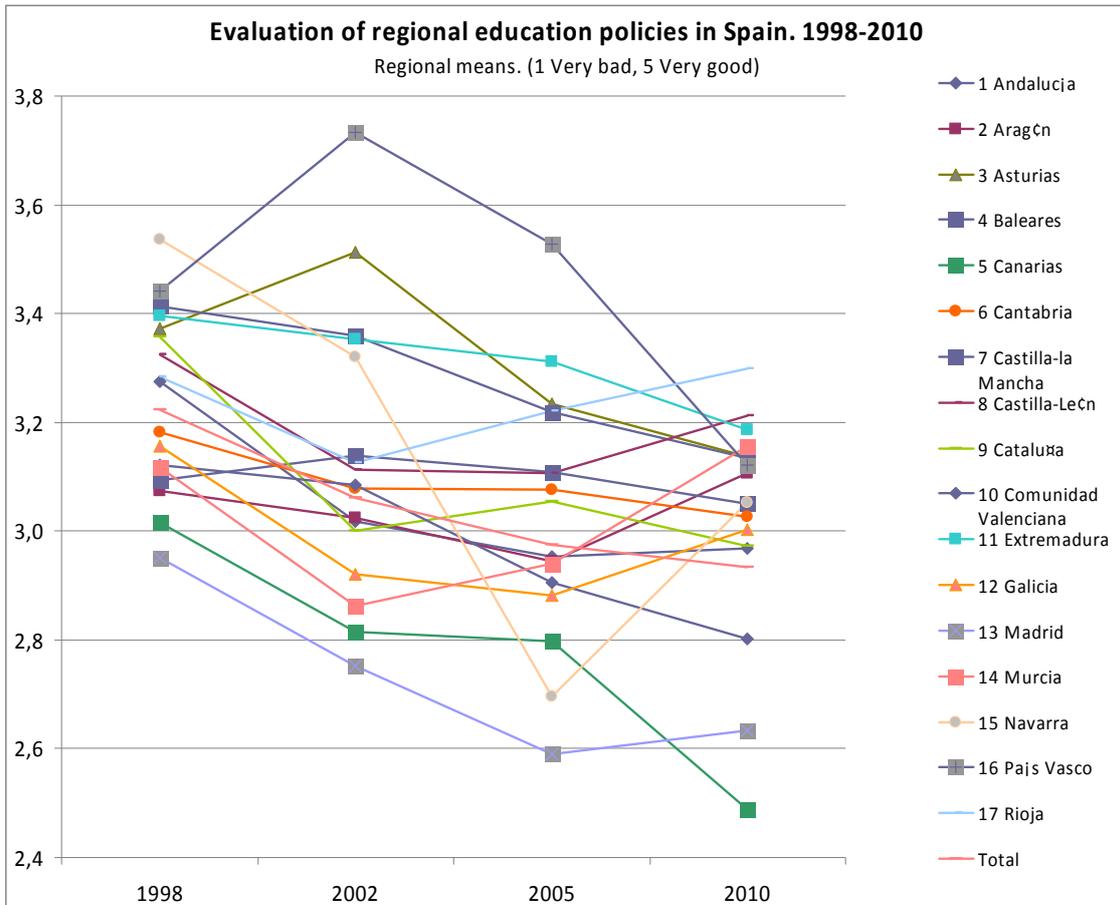


Gráfico 2. Evaluación ciudadana de la política educativa regional



Se debe destacar la aparente ausencia de un patrón distintivo para cada uno de los dos grupos de CCAA (las rápidas *versus* las lentas en el acceso a la autonomía máxima en estas políticas). Es más, entre las regiones que alcanzaron la máxima autonomía en educación y sanidad en la primera fase, hay algunas que muestran valoraciones muy buenas (por ejemplo, País Vasco y Navarra) y otras muy malas (por ejemplo, Islas Canarias y Comunidad Valenciana). No obstante, la significativa diferencia estadística entre las evaluaciones regionales medias de las políticas educativa y sanitaria representa el hallazgo más relevante de este análisis. A ello hay que añadir que las diferencias inter-regionales han persistido durante todo el período de estudio, es decir, son confirmadas en la observación de cada uno de los años de encuesta. Por tanto, como se

preveía, y como estudios anteriores ya han probado (Díaz-Pulido et. al, 2012), existen diferencias inter-regionales significativas en el grado de satisfacción⁴ ciudadana con las políticas autonómicas en educación y sanidad.

Para explicar las divergencias territoriales en (la evaluación ciudadana de) las políticas regionales de educación y sanidad habría que considerar también la tendencia más amplia observada en el conjunto del estado. Desde este punto de vista, la evaluación ciudadana de la educación y la sanidad ha empeorado constantemente desde 1998. El nivel promedio de satisfacción con la política sanitaria ha descendido de 3,2 (sobre 5) en 1998 a 3,05 en 2010. Respecto a la política educativa, el descenso ha sido más acusado, desde el 3,2 en 1998 hasta el 2,9 en 2010. El constante incremento de las percepciones negativas puede ser consecuencia de diversos factores y circunstancias (institucionales, socio-demográficos y económicas, entre otros): como antes se apuntó, el estado del bienestar en España ha estado sometido a enormes desafíos que han presionado para su reforma, de manera similar al resto de países europeos – por ejemplo, la globalización, el envejecimiento de la población o la intensa inmigración ya mencionados.

Sin duda, los diversos factores presionando sobre el estado del bienestar en España se han distribuido de manera desigual entre los territorios (por ejemplo, mientras el envejecimiento de la población ha sido más acusado en el interior y norte del país, la inmigración ha sido más intensa en el litoral mediterráneo y en el centro). No obstante, otro tipo de factores también influyen en la percepción pública de las políticas regionales de bienestar. En este punto, cabe preguntarse cuáles son los factores que explican las diferencias inter-regionales en el grado de satisfacción ciudadana con las políticas de educación y sanidad. Obviamente, son múltiples los factores que ejercen

⁴ Aunque la variable dependiente es la evaluación ciudadana de las políticas regionales de bienestar antes que el grado de satisfacción con las mismas, aquí se supone que la satisfacción individual con sendas políticas es una dimensión contenida en el indicador de evaluación.

algún tipo de efecto en los valores de nuestra variable dependiente, por lo que este estudio prosigue explorando sólo algunas hipótesis que intentan mostrar la existencia de interacción entre las políticas de bienestar observadas (educación y sanidad) y la política territorial.

3. Exploración de las diferencias inter-autonómicas, 2002-2010⁵

Como primer paso en los objetivos explicativos de la investigación se propone el análisis de las hipótesis siguientes:

1) De acuerdo con los estudios sobre los actuales desafíos del estado del bienestar, cabe esperar que el nivel regional de riqueza (observada en renta per capita de las familias), el grado de distribución de la renta entre los ciudadanos de las comunidades autónomas (observado a través del índice de Gini), y las tasas de inmigración y de envejecimiento de la población afecten los resultados de las políticas regionales de educación y de sanidad, y por tanto, la evaluación más o menos positivas que hacen los ciudadanos de cada una de esas políticas (por ejemplo, Moreno 2009).

2) Los estudios sobre el efecto de la configuración institucional sobre la toma de decisiones y elaboración de las políticas sostienen que la fragmentación hace más difícil que dicho proceso conduzca a un cambio del status quo. Cuanto mayor es el número de actores con capacidad de veto (*veto players*) – y mayor la distancia entre sus preferencias- más difícil se prevé la toma de decisiones públicas respecto a las políticas de bienestar (por ejemplo, Tsebelis 1995). Esta hipótesis se ha tratado de comprobar mediante la observación de los tipos de gobierno regionales.

3) En cuestión de políticas de bienestar, la ideología de los gobiernos aparentemente importa (del Pino 2009). Tradicionalmente, los gobiernos

⁵ Los análisis estadísticos que se presentan y comentan en este apartado han sido posibles gracias a la inestimable colaboración de Alberto Sanz (UAM) que ha ejecutado los diversos modelos de regresión multi-nivel, por lo que esta investigación hace constar su agradecimiento.

socialdemócratas y demócrata-cristianos han apoyado políticas públicas de bienestar social, especialmente en comparación con los partidos más liberales o conservadores. A pesar de que algunos estudios han observado la ausencia de conflicto político partidario sobre el estado del bienestar en España (Fernández-Albertos y Manzano, 2012), se puede sostener que la distancia ideológica entre el gobierno regional y los ciudadanos influye en la evaluación pública de las políticas regionales de bienestar: cuanto más cercana se halle la ideología del individuo a la ideología del gobierno regional (medida en la escala ideológica izquierda-derecha) mejor será su evaluación de las políticas regionales en su conjunto, y viceversa.

4) Dada la naturaleza plurinacional del estado español y la descentralización del sistema de partidos (Moreno y McEwen, 2005; de Winter et al., 2006; Pallarés y Keating, 2006), parece necesario considerar también el efecto de la política territorial sobre la evaluación ciudadana de las políticas regionales de bienestar: “donde los programas sociales son desarrollados y gestionados por el nivel de gobierno sub-estatal, esto puede fortalecer las culturas políticas regionales y aumentar la importancia de los gobiernos regionales en la vida diaria de los ciudadanos” (Banting 1995: 270-271). A este respecto se contemplan las identidades nacionales de los ciudadanos de las CCAA (observadas a través de la escala Moreno-Linz de identidad nacional subjetiva) como indicador de la política territorial que influye en la evaluación pública de las políticas regionales de bienestar.

Con la comprobación empírica de estas cuatro primeras hipótesis se busca ir seleccionando y también descartando variables que teóricamente pueden explicar en alguna medida las diferencias inter-regionales observadas en la evaluación pública de las políticas de educación y sanidad. Para ello se han aplicado varios modelos estadísticos de regresión lineal multi-nivel utilizando los datos de encuesta de 2002

(estudio del CIS 2455) y de 2010 (estudio del CIS 2829). De este modo se comparan dos momentos distintos en el proceso de regionalización del sistema público español de bienestar: en 2002, la economía española estaba en expansión y crecimiento, mientras que la evaluación ciudadana de las políticas de bienestar mostraba una mayor divergencia entre las CCAA; en 2010, por el contrario, la economía española había caído en la recesión y habían comenzado los recortes en el gasto público, mientras que la evaluación pública de las políticas regionales de bienestar muestran una convergencia inter-regional.

Políticas autonómicas sanitarias: principales resultados, 2002-2010

Conviene recordar que aparte del País Vasco y de Navarra (que gozan de autonomía financiera completa a través del sistema de cupo), las 15 comunidades autónomas restantes han tenido que negociar regularmente con el gobierno central la cantidad de recursos financieros traspasados para costear las políticas y servicios públicos que prestan en el territorio, entre ellas, la política sanitaria. A partir del 2002, el gobierno central y las CCAA pactaron un cambio en las reglas de financiación por el que las comunidades comenzaron a ingresar directamente algunos impuestos y, a cambio, asumían el coste total de los servicios regionales de salud. Este modelo de responsabilidad fiscal compartida suponía que el gobierno central perdía todo control sobre las decisiones regionales respecto al gasto público sanitario (Moreno, F. J., 2009: 108-109). En consecuencia, la autonomía de los gobiernos regionales en política sanitaria se incrementó notablemente a partir de 2002, al menos respecto a la capacidad de gasto. Teniendo en cuenta esta transformación, los principales resultados de los modelos de regresión ejecutados para el año 2002 y 2010 son los siguientes:

- 1) Respecto al efecto de las variables individuales sociodemográficas (género, edad, educación, ocupación y empleo, y clase social subjetiva). En 2002, sólo el género es importante para explicar la evaluación ciudadana de la política sanitaria, siendo las mujeres más críticas a este respecto que los hombres; además, la categoría de “estudiantes” explica una mejor valoración de la política que la categoría de “trabajadores en activo”. En 2010, el principal cambio que se observa es que la “edad” pasa a ser significativa, de modo que las personas más mayores evalúan peor la política sanitaria.
- 2) Respecto a las variables regionales económicas y sociodemográficas (PIB per capita regional, índice regional de Gini, tasa regional de población extranjera e índice regional de envejecimiento de la población), lo más sorprendente es la escasa o nula influencia que presenta este conjunto de variables básicas en las políticas de bienestar. En 2002, sólo el índice de Gini parece tener un impacto negativo sobre la evaluación de la política sanitaria, de modo que a mayor desigualdad de los ingresos más negativa es la evaluación de la política regional sanitaria. Sin embargo, en 2010, es el índice de envejecimiento de la población el que afecta negativamente la evaluación de la política, desapareciendo la significación estadística del índice de Gini.
- 3) Respecto a la variable de tipo institucional, los tipos de gobierno (operacionalizados, para cada año de la encuesta, como de un solo partido mayoritario, coalición mayoritaria, un solo partido minoritario y coalición de partidos en minoría), parece ser significativa en 2002 pero no en 2010. En cualquier caso, el efecto es diferente del esperado, pues los tipos de gobierno de coalición y de un partido en minoría muestran un efecto positivo sobre la evaluación de la política.

- 4) El resultado más sobresaliente se refiere a la ideología del partido en el gobierno regional y la posición individual en la escala izquierda-derecha. Para ambas fechas, 2002 y 2010, las políticas sanitarias llevadas a cabo por gobiernos regionales del Partido Popular (PP) obtienen peor evaluación que las desplegadas por gobiernos del PSOE. En 2002, se observa que la posición de los individuos en la escala izquierda-derecha no influye en la evaluación que hacen de la política regional sanitaria en las CCAA gobernadas por el PSOE, mientras que en las CCAA gobernadas por un partido de ideología más conservadora (PP, Coalición Canaria, CC, Partido Nacionalista Vasco, PNV, y Convergencia y Unió, CiU), cuanto más a la derecha ideológica se ubica el individuo más positiva su evaluación de la política. Los resultados para 2010 son similares, pero ahora se observa que cuanto más a la derecha se ubica el individuo mejor es su evaluación de la política sanitaria en comunidades gobernadas por un partido conservador, y peor es su evaluación en las comunidades gobernadas por el PSOE.
- 5) Respecto a la identidad territorial, ésta se convierte en una variable importante para explicar las diferencias interregionales en la evaluación pública de la sanidad en 2010. Mientras en 2002 no se obtiene un efecto estadísticamente significativo, en 2010 sí lo es y además positivo. Esto significa que cuanto más fuerte y exclusivo es el sentimiento nacional/nacionalista, más positiva es la evaluación de la política regional de salud. No obstante, en el País Vasco, Cataluña y Galicia, se observa que cuanto más fuerte es la identidad nacionalista del individuo peor es la evaluación de la política regional sanitaria.

Aunque la legislación en material educativa continúa siendo una competencia compartida entre el gobierno central y las CCAA, la gestión del sistema educativo es responsabilidad de estas últimas. No cabe duda de que la descentralización de la política educativa en España ha sido más controvertida que la política sanitaria. Esto se ha debido, fundamentalmente, a que las CCAA con lenguas regionales co-oficiales (Cataluña, País Vasco, Navarra, Comunidad Valencia, Islas Baleares y Galicia) han sido muy activas en la expansión de políticas educativas propias como un medio de extender el uso de la lengua regional. La legislación autonómica en esta área establece que todos los estudiantes tienen que tener competencia en las dos lenguas oficiales tras la enseñanza obligatoria. Para lograr este objetivo, cada comunidad ha implementado su propio modelo educativo (Moreno y Colino 2010: 309). Los principales resultados de los modelos de regresión multinivel aplicados para los años 2002 y 2010 se resumen a continuación:

- 1) Respecto a las variables individuales sociodemográficas (género, edad, educación, ocupación y empleo, y clase social subjetiva): el género resulta importante en cuanto que las mujeres (como ocurría con la sanidad) son más críticas que los hombres. Además, la edad y el nivel educativo también son variables significativas: cuanto mayor es la edad y el nivel educativo de los individuos peor es la evaluación que hacen de la política educativa regional. También la categoría de “estudiante” afecta negativamente la evaluación, así como la clase social subjetiva más alta (sólo para 2002). La diferencia principal en 2010, respecto al modelo anterior de 2002, es el mayor efecto que ejerce el nivel educativo de los individuos.

- 2) Respecto a las variables regionales económicas y socio-demográficas (PIB per capita, índice de Gini, tasa de población extranjera, e índice de envejecimiento de la población). De manera similar a la evaluación de la política sanitaria, no se observan efectos estadísticos significativos con un nivel de confianza del 95%.
- 3) Respecto a la variable de tipo institucional, los tipos de gobierno regional, tampoco se observan efectos estadísticamente significativos.
- 4) Al igual que se observaba en el análisis de la política sanitaria, la ideología del partido en el gobierno regional y la del individuo son las variables más relevantes. En ambos años, 2002 y 2010, las políticas educativas llevadas a cabo por gobiernos regionales conservadores obtienen peor evaluación que las desplegadas por los gobiernos regionales del PSOE. Por otra parte, la interacción entre la ideología individual y la del partido en el gobierno es más clara que en el caso de la política sanitaria, pues ahora observamos que, en ambos años, cuanto más conservador es el ciudadano mejor es su evaluación de la política educativa en las CCAA gobernadas por un partido conservador y peor su evaluación en las regiones gobernadas por el PSOE.
- 5) La identidad territorial también es una variable importante en ambos años, 2002 y 2010. Sin embargo, su efecto ha cambiado a lo largo del tiempo. En 2002, cuanto más fuerte y excluyente la identidad nacional más positiva la evaluación de la política educativa, excepto en las comunidades de Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana (donde la escala Linz-Moreno no funciona como en el resto de comunidades, por ejemplo, García Ferrando et al., 1994). Sin embargo, en 2010, las excepciones a la interacción general observada provienen del País Vasco y de Navarra, donde los individuos que manifiestan

identidades territoriales más excluyentes (vasca y navarra, respectivamente) están menos satisfechos con la política educativa regional.

Conclusiones

Este estudio exploratorio sobre la regionalización del sistema público de bienestar en España, desde la perspectiva de los ciudadanos, ha producido algunos hallazgos destacables. Primero, ha probado la existencia de diferencias inter-regionales significativas en la evaluación ciudadana de las políticas regionales de bienestar, en particular de educación y de sanidad, desde 1998 hasta 2010. Segundo, ha observado diferentes tendencias a lo largo del tiempo: comenzado en un punto de relativa convergencia autonómica a finales de los años noventa, siguiendo una fase de creciente divergencia inter-regional durante el primer lustro del siglo, y concluyendo con una recuperación de la convergencia inter-territorial en 2010. Esta evolución parece responder a dos fenómenos: los ciclos de la economía española durante el período, por una parte, y la conclusión de los procesos de descentralización en educación y sanidad en 2002, por otra.

Se debe subrayar que los modelos estadísticos de regresión realizados son exploratorios y sirven para el posterior refinamiento tanto de los análisis estadísticos como del modelo explicativo a prueba. A pesar de lo cual, la relevancia de las variables políticas (ideológicas) y territoriales (identidad), en la explicación de la evaluación ciudadana de las políticas regionales de sanidad y educación, exige tenerlas especialmente en cuenta en el desarrollo de la investigación. Mientras que el efecto de las variables político-ideológicas ya han sido probadas por estudios anteriores

(Díaz-Pulido et al. 2012), el efecto de las identidades territoriales (nacionales/nacionalistas) sobre la evaluación ciudadana de las políticas regionales de bienestar exigen más investigación.

El efecto más significativo de la identidad nacional subjetiva sobre la evaluación individual de las políticas regionales de bienestar tiene lugar durante la fase de retroceso o recorte del estado del bienestar en España, en 2010. En la medida en que el estado del bienestar contribuye a mantener la unidad del estado nación y la solidaridad inter-territorial, la reducción de las políticas públicas de bienestar social puede socavar esa solidaridad y amenazar la legitimidad territorial y de las políticas del estado (Keating, 2001; McEwen y Moreno, 2005). Esto es especialmente problemático, aunque previsible, en el caso de estados plurinacionales, cuando la legitimidad del estado puede ser puesta en cuestión por los territorios nacionalistas en su interior. Por lo tanto, el recorte del estado del bienestar puede tener consecuencia para la integridad territorial del estado, sirviendo para politizar las identidades territoriales sub-estatales en demanda de mayor grado de autogobierno, mientras socava la capacidad del estado para responder a tales desafíos (McEwen y Moreno, 2005: 15).

Por último, también habrá que considerar que los políticos, sea a nivel estatal o sub-estatal, toman decisiones para maximizar su propio beneficio. Y ambos, políticos y decisores en el estado y en las comunidades autónomas, pueden comportarse como *'credit-claimers'* o como *'blame-avoiders'* en función de la lógica de sus circunstancias y sus estrategias políticas. Esta lógica multi-nivel hace realmente difícil para los ciudadanos distinguir quién es responsable de las políticas de bienestar regional. ,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJA, Eliseo (1999) *El Estado Autonómico. Federalismo y hechos diferenciales*. Madrid: Alianza.
- _ (2001) "Spain. Nations, Nationalities and Regions", in John Loughlin (ed.), *Subnational Democracy in the European Union: Challenges and Opportunities*. Oxford: Oxford University Press (229-253)
- BANTING, K. (1995) "The Welfare State as Statecraft: Territorial Politics and Canadian Social Policy", in Lieberfried, S. & P. Pierson (eds.) *European Social Policy: Between Fragmentation and Integration*. Washington, DC: Brookings Institution (pp. 269-300)
- DE WINTER, L., M GÓME-REINO & P LYNCH, eds. (2006) *Autonomist Parties in Europe: Identity Politics and the Revival of the Territorial Cleavage*. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- DEL PINO, E (2009) "Un marco conceptual para estudiar el cambio del estado del bienestar y las política sociales", Luis Moreno Ed. *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI, pp. 35-66.
- DÍAZ-PULIDO, J M, E DEL PINO & P PALOP (2012) "Los determinantes de la satisfacción con las políticas de bienestar del Estado Autonómico", *REIS* 139: 45-84.
- FERNÁNDEZ-ALBERTOS, J & D MANZANO (2012) "The Lack of Partisan Conflict over Welfare State in Spain", *South European Society and Politics*, 17 (3): 427-447.
- GALLEGO, R., GOMÀ, R. & J. SUBIRATS, eds. (2002) *Els règims autonòmics de benestar*. Barcelona: Institut d'Estudis Autonòmics.
- _ (2003) *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas : La Descentralización de las Políticas Sociales en España*. Madrid: Tecnos-UPF.

- GALLEGO, R. & J. SUBIRATS, (2005) “Spain, from state welfare to regional welfare?” in McEwen, N. and L. Moreno, Eds. *The territorial politics of welfare*. London: Routledge, pp: 85-102
- _ (2011a) *Autonomies i desigualtats a Espanya: Percepcions, evolució social y polítiques de benestar*. Barcelona: Institut d’Estudis Autònomic.
- _ (2011b) “Regional welfare regimes and multi-level governance”, in Guillén, A.M. and M. León, eds. *The Spanish welfare state in European context*. Farnham: Ashgate.
- _ (2012) “Spanish and Regional Welfare Systems: Policy Innovation and Multi-level Governance”, *Regional and Federal Studies*, 22 (3): 269-288.
- GARCÍA FERRANDO, M., E. LÓPEZ ARANGUREN & M. BELTRÁN (1994) *La conciencia nacional y regional en la España de las autonomías*. Madrid: CIS.
- GREER, S. L. (2006). *Territory, Democracy and Justice. Regionalism and Federalism in Western Democracies*. New York: Palgrave-Mcmillan.
- GIL-RUIZ, C. & J. IGLESIAS (2007) “El Gasto Público en España en un Contexto Descentralizado”, *Presupuesto y Gasto Público*, 47: 185-206.
- HOOGHE L. & G. MARKS (2001) *Multilevel Governance and European Integration*. London: Rowman & Littlefield.
- HOOGHE, L., G. MARCKS & A. H. SCHAKEL (2010) *The Rise of Regional Authority: A Comparative Study of 43 Democracies*. London: Routledge.
- KEATING, Michael (2001) *Plurinational Democracy: Stateless Nations in a Post-Sovereignty World*. Oxford: Oxford University Press
- LAGO, I., S. LAGO & J. MARTÍNEZ-VÁZQUEZ (2011) “The Political and Economic Consequences of Decentralization”, *Environment and Planning C: Government and Policy*, vol. 29: 197-203.

- LAGO, I. & S. LAGO (2011), *Descentralización y control electoral de los gobiernos en España*. Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms
- LOUGHLIN, John (2001) *Subnational Democracy in the European Union: Challenges and Opportunities*. Oxford: Oxford University Press
- MARTÍNEZ, E. & T. J. MILEY (2010) "The Constitution and the Politics of National Identity in Spain", *Nations and Nationalism*, vol. 16, 1: 6-30
- MCEWEN, N. & L. MORENO, eds. (2005) *The territorial politics of welfare*. London: Routledge.
- MINISTRY OF TREASURY AND PUBLIC ADMINISTRATION: <http://www.minhap.gob.es> (last access, November 2012)
- MORENO, Luis (2003) "Europeanization, mesogovernments and safety nets", *European Journal of Political Research*, 42 (2): 185-199.
- _ (2008) *La federalización de España. Poder político y territorio*. Siglo XXI. 2nd edition. Madrid
- MORENO, L ed. (2009) *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI
- MORENO, L AND C. COLINO (2010) "Kingdom of Spain", in L. Moreno and C. Colino (eds) *Diversity and Unity in Federal Countries*. Montreal: McGill-Queen's University Press (pp. 288-319).
- MORENO, F Javier (2009) "Del sistema sanitario de la seguridad social al sistema nacional de salud descentralizado", Luis Moreno Ed. *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI, pp. 101-136
- PALLARÉS, F & M KEATING (2006) "Multilevel electoral competition: sub-state elections and party systems in Spain", D. Hough & C. Jeffery (eds.), *Devolution and Electoral Politics*. Manchester: Manchester University Press.

- REQUEJO, F. & K. J. NAGEL, eds. (2009) *Descentralització, asimetries i processos de resimetrització a Europa*. Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms.
- RODRÍGUEZ-POSE, A. and GILL, N. (2004) "Is there a global link between regional disparities and devolution", *Environment and Planning A*, 36, 12, 2097-2117
- SHARPE, L.J., ed. (1993) *The Rise of Meso Government in Europe*. London: Sage.
- SUBIRATS, J. (2006) "Multi-level Governance and Multi-level Discontent: The Triumph and Tensions of the Spanish Model", S. L. Greer (Ed.), *Territory, Democracy and Justice. Regionalism and Federalism in Western Democracies*, New York: Palgrave-Macmillan, 175-200.
- _ (2005) "Social Exclusion and Devolution among Spanish Autonomous Communities", *Regional and Federal Studies*, Special Issue: *Devolution and Public Policy: A comparative perspective*, vol.15/ 4: 471-484
- SWENDEN, W. (2006): *Federalism and Regionalism in Europe. A Comparative and Thematic Analysis*. London: Palgrave.
- TSEBELIS, G. (1995) "Decision making in political systems: Veto players in presidentialism, parliamentarism, multicameralism and multipartyism", *British Journal of Political Science* 25: 289:325.