

9

INFORME
ESPAÑA
2 0 0 2

una interpretación
de su realidad social



Fundación Encuentro



Edita: **Fundación Encuentro**
Oquendo, 23
28006 Madrid
Tel. 91 562 44 58 - Fax 91 562 74 69
correo@fund-encuentro.org
www.fund-encuentro.org

ISBN: 84-89019-14-2
ISSN: 1137-6228
Depósito Legal: M-7157-2002

Fotocomposición e Impresión: **Albadalejo, S.L.**
Antonio Alonso Martín, s/n - Nave 10
28860 Paracuellos del Jarama (Madrid)

Capítulo VI	
DESCENTRALIZACIÓN Y SERVICIOS DE BIENESTAR	369
I. Tesis Interpretativas	371
1. Salvar la equidad	371
2. Déficit de coordinación e inadecuada estructura de la Administración Central	372
3. Información, evaluación y control	373
II. Red de los Fenómenos	374
1. Las diferencias en los servicios de bienestar	375
1.1 Condicionantes demográficos y espaciales	376
1.2 Seguridad Social	378
1.3 Prestaciones por desempleo	381
1.4 Sanidad	385
1.5 Educación	389
1.6 Vivienda	394
1.7 Servicios sociales	397
2. Problemas de equidad en la descentralización de los servicios de bienestar	399
2.1 Notables diferencias en las políticas de garantía de rentas	400
2.2 Sanidad: garantía de servicios mínimos y financiación	409
2.3 Los programas de ayuda a la educación	413
2.4 Equilibrio territorial en las políticas de servicios sociales	418
3. Lecciones de la experiencia comparada	426
3.1 Canadá	427
3.2 Australia	429
3.3 Alemania	429
3.4 Italia	430

Capítulo VI

DESCENTRALIZACIÓN Y SERVICIOS DE BIENESTAR

I. TESIS INTERPRETATIVAS

1. Salvar la equidad

Las diferencias entre territorios, como las que se producen entre individuos, son en buena medida inevitables (características naturales, demográficas, disponibilidad de recursos, etc.). Desde la óptica del sistema de bienestar, sin embargo, el sector público tiene adjudicada la función compensatoria de las diferencias mencionadas, con la finalidad de evitar situaciones gravemente desiguales entre los territorios y las personas. Además, los poderes públicos pueden aplicar medidas redistributivas, de carácter personal o territorial sobre los niveles de renta y riqueza que proceden del funcionamiento de los mercados, tanto en el marco de los gastos públicos como en el de los impuestos.

En la misma dirección, la Administración debe asegurar a cada ciudadano, con independencia de su lugar de residencia, un trato equitativo y garantizar su acceso en régimen de igualdad a las prestaciones públicas básicas. Desde el punto de vista territorial, esa garantía básica no cuenta a priori con un modelo organizativo único. Algunos servicios de bienestar se garantizan mejor desde la proximidad, lo que exige la implicación de autoridades locales o autonómicas; tal es el caso, por ejemplo, de los servicios sociales. Otros, por el contrario, cumplen mejor su finalidad desde un modelo más centralizado. Un ejemplo sería el sistema de pensiones, los sistemas de rentas mínimas o los procedimientos de asignación de becas y otras formas de ayudas públicas a los estudiantes.

En la realidad, sin embargo, los equipamientos sociales de las comunidades autónomas españolas muestran importantes diferencias. En algunos casos estas disparidades van más allá de las características naturales diferenciales que antes se señalaban. En determinados servicios, el esfuerzo redistributivo interterritorial se manifiesta en una mayor presencia de la provisión pública en las comunidades autónomas más pobres. No obstante, en otros supuestos, no resulta clara tal relación.

El proceso de descentralización consolidado a lo largo de las dos últimas décadas, a pesar de sus indudables logros, ha dado lugar a la aparición de diversos problemas de articulación y encaje de los distintos servicios públicos, en parte justificados por la amplitud y profundidad del proceso emprendido desde comienzos de los años ochenta. Es difícil encontrar en los sistemas comparados una dinámica de descentralización tan intensa y en un período tan corto como lo ha sido la española.

En algunos casos se han presentado problemas de equidad en relación con la garantía de determinados servicios básicos de bienestar. Así ha ocurrido con los programas de garantía de rentas mínimas o la descentralización de las políticas de becas educativas. En otros ámbitos, como ocurre con la sanidad, se abren algunos interrogantes sobre el mantenimiento del principio de equidad en la provisión de estos servicios, especialmente en relación con su financiación y la garantía de prestaciones básicas similares en los diversos territorios. El propio proceso de descentralización, al otorgar crecientes competencias a los gobiernos de las comunidades ha planteado algunas dudas sobre el marco en el que debía garantizarse el principio de equidad, si en el autonómico o en todo el territorio español.

2. Déficit de coordinación e inadecuada estructura de la Administración Central

A la vista de lo ocurrido en el caso de determinados servicios, a nuestro juicio, debe ser cuestionada su descentralización sin el establecimiento previo de criterios mínimos de armonización o coordinación. Así ocurre, por ejemplo, con las políticas de rentas mínimas y las becas a estudiantes en el caso del País Vasco. En otros casos, sin embargo, la descentralización ha servido para ampliar la red protectora y mejorar las prestaciones. Es el caso de los servicios sociales, aunque las mejoras producidas sólo se obtuvieron una vez que se alcanzaron acuerdos efectivos de coordinación entre todas las administraciones afectadas.

Por otra parte, la ausencia de una articulación institucional adecuada del Estado autonómico, las dificultades para alcanzar soluciones de consenso en relación con decisiones básicas para el Estado y las importantes carencias que se producen en el ámbito de la coordinación de políticas y programas se han convertido en un serio obstáculo para el funcionamiento eficaz del Estado y la garantía de suministro de sus servicios de bienestar. Estas dificultades introducen múltiples problemas a la hora de hacer balance de los procesos de descentralización y pueden ocultar las ventajas que sin duda tiene la asunción de responsabilidades por parte de los gobiernos territoriales en la gestión de diversas parcelas de la intervención pública.

A la luz de los puntos anteriores, es necesario incentivar los mecanismos de armonización e integración del Estado, a fin de que, sin limitar la autonomía alcanzada, se logren corregir las principales disfunciones de los servicios y prestaciones públicas. En la misma dirección, junto a los esfuerzos integradores y de coordinación mencionados, sería preciso promover la "autonomización" de la Administración Central, como requisito indispensable para lograr un Estado descentralizado estable y que asegure la adecuada aplicación de los principios de justicia y equidad.

3. Información, evaluación y control

Las soluciones de coordinación de políticas y programas, entre la Administración Central y las comunidades autónomas y entre las propias comunidades, implican, como primera provisión, un serio esfuerzo para aumentar la transparencia del Estado autonómico español. Para ello es imprescindible aumentar los flujos de información entre los agentes responsables de los servicios públicos y aplicar también soluciones de coordinación para la obtención, sistematización y buen uso de la información. Probablemente el aumento y ordenación de las diversas fuentes de información debería ser una competencia de esa Administración Central "autonomizada". Desgraciadamente, las carencias generalizadas de datos sobre las diversas actuaciones públicas se manifiestan también, y de manera especialmente grave, en el ámbito de la información económica territorializada. En el momento actual es imprescindible poner en marcha un programa riguroso de integración, homogeneización y perfeccionamiento de las bases de datos disponibles en las comunidades autónomas y en la Administración Central. Y, naturalmente, toda esta información debe ofrecerse a todos los agentes que intervienen en los procesos de toma de decisiones públicas.

De forma paralela, sería necesario implementar mecanismos integrados de evaluación y control de las prestaciones en el campo de los servicios básicos de bienestar. Ello exige, además del acopio de información que se ha mencionado, un grado de coordinación sensiblemente superior al existente en la actualidad y, adicionalmente, la determinación de los correspondientes procedimientos, que deberían ser consensuados, del control cruzado entre administraciones así como de los mecanismos apropiados de exigencia de responsabilidades.

II. RED DE LOS FENÓMENOS

Los indicadores utilizados en el capítulo anterior expresan de algún modo las diferencias en el bienestar de los ciudadanos residentes en las distintas comunidades autónomas. Se trata, sin embargo, de indicadores sólo indirectos y limitados de lo que la sociedad concibe como bienestar social. El objetivo de este capítulo es dar un paso más en el análisis de las desigualdades interterritoriales, tratando de analizar cuáles son las diferencias en el bienestar social en las distintas zonas del territorio español. Para ello parece preciso aclarar previamente la noción de bienestar social de los ciudadanos a la que nos referimos. En una interpretación restrictiva, podría calificarse como tal el disfrute de un nivel suficiente de renta y el acceso a unos niveles básicos de bienes sociales. Dichos bienes son el resultado tanto de la provisión pública de prestaciones y servicios de carácter social como de la dotación natural de recursos de cada territorio. Resulta obligado, por tanto, el análisis de las diferencias territoriales en la accesibilidad a ese conjunto de bienes sociales básicos. Existe consenso en señalar como tales la garantía de rentas, el acceso a una red básica de servicios sanitarios y educativos, una vivienda digna y una red suficiente de servicios sociales.

Desde un criterio de equidad, sin embargo, el análisis de las diferencias territoriales no puede limitarse a constatar meramente si se cubren o no los requisitos mínimos en la dotación de estos servicios, sino también si existen grandes diferencias de calidad en los bienes públicos a los que pueden acceder los ciudadanos residentes en distintas zonas del territorio. La posible existencia de grandes diferencias en parcelas concretas del bienestar social puede condicionar la adecuada aplicación del principio de equidad horizontal propio de las políticas públicas: ciudadanos con características similares deben recibir un tratamiento semejante por parte del sector público.

Para analizar los posibles problemas de equidad interterritorial hay que tener en cuenta las interrelaciones entre el desarrollo y la consolidación de los servicios de bienestar básicos y el proceso de descentralización del Estado, fenómenos que se han producido de forma paralela en España a lo largo de los últimos 20 años. No hay que olvidar, sin embargo, que las diferencias en el tratamiento a los ciudadanos según su localización territorial pueden tener su origen en el período centralista anterior. No obstante, como consecuencia del reparto de competencias, algunas diferencias resultan más explícitas y llamativas. En este sentido, las eventuales quiebras de la equidad en algunos servicios no deben imputarse de forma simplista a la propia descentralización de los servicios.

Los cambios producidos en el sector público español a lo largo de los últimos años, como consecuencia del proceso de descentralización, plantean varios interrogantes previos al análisis de los datos: ¿Existen diferencias territoriales en la dotación de bienes sociales cuando el encargado de su provisión es el Gobierno central? ¿Qué desigualdades puede generar la transferencia de competencias a las comunidades autónomas en la producción de bienes y servicios básicos? ¿Cómo ha afectado la descentralización a los desequilibrios entre las comunidades autónomas? ¿Se ha producido una cierta convergencia de los diversos territorios en la dotación de servicios básicos o, por el contrario, se han mantenido o ensanchado las diferencias? ¿Cómo ha afectado la descentralización de los servicios públicos al bienestar de los ciudadanos? ¿Ha mejorado la gestión de los servicios públicos o todo habría sido igual si no se hubiera producido la descentralización? ¿Se garantiza el cumplimiento del principio de equidad en todo el territorio? ¿Cuáles son los problemas principales en este campo? ¿Qué perspectivas de futuro se presentan? ¿Qué servicios no deberían ser descentralizados? ¿Cómo garantizar el principio de equidad en el caso de los servicios fundamentales?

Para intentar responder a estos interrogantes, el capítulo se ha estructurado en tres secciones. En la primera se efectúa una revisión de los principales servicios de bienestar en España desde una perspectiva territorial, intentando señalar sus características más significativas. En la segunda, el objeto de atención es la vinculación entre los servicios de bienestar y la descentralización. Se trata ahora de plantear los principales problemas que se producen en relación con la equidad cuando se atribuyen las competencias a los gobiernos autonómicos. En la tercera se estudian algunas experiencias comparadas de interés mediante el análisis del papel de control que le corresponde a la Administración Central y las propuestas de garantía de mínimos en la prestación de los servicios públicos básicos en varios países.

1. Las diferencias en los servicios de bienestar

El análisis de los factores de desarrollo económico realizado en el capítulo anterior ha puesto de manifiesto la dificultad de la convergencia en riqueza y la relativa influencia que en ello tiene la intervención pública. Algo muy distinto debería ocurrir, sin embargo, con lo que podemos denominar servicios básicos del bienestar. El desarrollo de éstos en principio no debería depender del nivel de riqueza económica de los territorios, ya que se trata de servicios reconocidos constitucionalmente como derechos de todos los españoles, independientemente de su posición económica y social. En ellos rige el principio de equidad, base de los sistemas del Estado de Bienestar. En función de la correcta aplicación de este principio (trato

igual a los iguales y *adecuadamente desigual a los desiguales*), cabría esperar que, al menos en algunos casos, las comunidades con menos recursos económicos obtuvieran alguna compensación por parte del sector público, con objeto de paliar sus dificultades.

Tras analizar el proceso de descentralización a partir de las grandes cifras económicas pasamos a hacerlo ahora desde aquellos aspectos que tocan más directamente la experiencia cotidiana de los ciudadanos, desde los servicios que se les ofrecen. No se trata de medidas directas de satisfacción, sino indirectas a través del análisis de recursos, servicios y dotaciones. Desde este punto de vista, nos acercaremos a los ámbitos básicos de las pensiones, las prestaciones por desempleo, sanidad, educación, vivienda y servicios sociales.

Antes de entrar en el análisis puede ser útil considerar dos indicadores demográficos que afectan a la oferta y las condiciones de prestación de estos servicios: la estructura por edades y el grado de concentración-dispersión de la población.

1.1 Condicionantes demográficos y espaciales

La estructura por edades de la población (tabla 1) es una referencia básica a la hora de valorar buena parte de los indicadores que vamos a comentar. Las diferencias en los grupos de edad hasta 14 años y, sobre todo, de 65 y más años son las más significativas. Basta pensar en el protagonismo de estos grupos en la educación, la sanidad o los servicios sociales. La evolución en el período 1981-2001 refleja un leve acercamiento entre las comunidades autónomas en lo que se refiere a la población hasta 14 años y un evidente alejamiento en el grupo de 65 y más años. Las comunidades autónomas del cuadrante noroccidental (Castilla y León, Asturias, Cantabria y Galicia) y las interiores (Aragón, Castilla-La Mancha, La Rioja y Extremadura) muestran un claro incremento del porcentaje de población mayor en su territorio¹.

Igualmente, en la interpretación de los datos globales debería tenerse en cuenta la distribución de la población en el territorio. Una elevada dispersión o un alto porcentaje de población en el medio rural incrementa el coste de los servicios y la dificultad para ofrecerlos en unas condiciones mínimas de frecuencia y calidad equiparables con las de la población que vive en núcleos urbanos o en otros con una buena infraestructura de acceso a los servicios. En la tabla 2 se pueden observar las notables diferencias que en este ámbito se registran también entre comunidades autóno-

¹ Sin embargo, en el caso de Castilla-La Mancha y Extremadura el mayor peso relativo de la población mayor de 65 años se ve compensado por un porcentaje también superior respecto a la media de la población menor de 14 años.

Tabla 1 – Evolución de la población por grupos de edad y comunidades autónomas. En porcentaje. 1981-2001

	Hasta 14 años		De 15 a 64 años		De 65 y más años	
	1981	2001	1981	2001	1981	2001
Andalucía	28,84	17,37	61,03	68,33	10,13	14,31
Aragón	21,55	12,67	64,27	65,69	14,18	21,65
Asturias	22,28	10,57	64,94	68,37	12,78	21,05
Baleares	24,52	16,12	62,76	68,74	12,71	15,15
Canarias	30,62	16,56	61,18	71,34	8,20	12,10
Cantabria	24,15	12,35	63,73	68,87	12,12	18,78
Castilla-La Mancha	24,15	15,88	61,92	64,79	13,92	19,33
Castilla y León	22,24	12,08	63,70	65,94	14,05	21,98
Cataluña	24,92	13,88	64,03	68,42	11,05	17,71
C. Valenciana	26,09	14,75	62,71	69,12	11,20	16,13
Extremadura	24,60	16,20	61,98	65,53	13,42	18,27
Galicia	23,43	11,90	63,13	68,06	13,44	20,04
Madrid	26,70	14,41	64,03	69,90	9,27	15,69
Murcia	28,98	17,72	60,81	67,87	10,21	14,41
Navarra	23,92	13,72	64,07	68,07	12,01	18,21
País Vasco	25,32	11,98	65,49	70,31	9,19	17,71
La Rioja	22,69	13,12	64,50	67,55	12,82	19,33
Total (*)	25,73	14,62	63,11	68,38	11,25	17,00

(*) Los datos de Ceuta y Melilla están incluidos en el total.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Censo de población de 1981. Resultados nacionales. Características de la población*, 1985; e INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión* (publicación electrónica), 2001.

mas. El hábitat disperso de las comunidades del Cantábrico queda perfectamente reflejado en el indicador de núcleos de población por cada 1.000 kilómetros cuadrados. Por su parte, el peso del mundo rural –entendiendo por tal el porcentaje de población que vive en núcleos de menos de 1.000 habitantes– es especialmente significativo en Galicia, Castilla y León, Asturias y Cantabria.

Para finalizar esta breve referencia a los indicadores de estructura de la población por edades y su distribución en el territorio, es importante destacar la coincidencia casi total entre las comunidades autónomas más envejecidas y las que presentan un mayor grado de dispersión poblacional y de ruralidad. Se trata de un dato especialmente significativo por cuanto las políticas de cobertura de los riesgos asociados a la vejez (pensiones, sanidad y servicios sociales) concentran una parte muy importante de los servicios y recursos del Estado de Bienestar y la dispersión territorial –como acabamos de comentar– dificulta y encarece la prestación de esos servicios.

Tabla 2 – Núcleos de población y porcentaje de población en núcleos menores de 1.000 habitantes por comunidades autónomas. 1999

	Núcleos de población	Tasa por 1.000 km ²	% de población que reside en núcleos menores de 1.000 habitantes o en diseminado
Andalucía	2.704	30,87	8,06
Aragón	1.376	28,83	17,58
Asturias	3.140	296,11	28,20
Baleares	382	76,52	14,05
Canarias	1.614	215,43	22,23
Cantabria	986	185,30	25,20
Castilla-La Mancha	1.819	22,89	14,96
Castilla y León	5.853	62,12	29,47
Cataluña	3.145	97,94	9,41
C. Valenciana	1.615	69,45	8,57
Extremadura	589	14,15	13,64
Galicia	10.236	346,10	51,13
Madrid	570	71,00	1,34
Murcia	687	60,72	17,85
Navarra	661	63,61	15,33
País Vasco	902	124,69	9,59
La Rioja	255	50,55	10,96
Total (*)	36.539	72,21	14,37

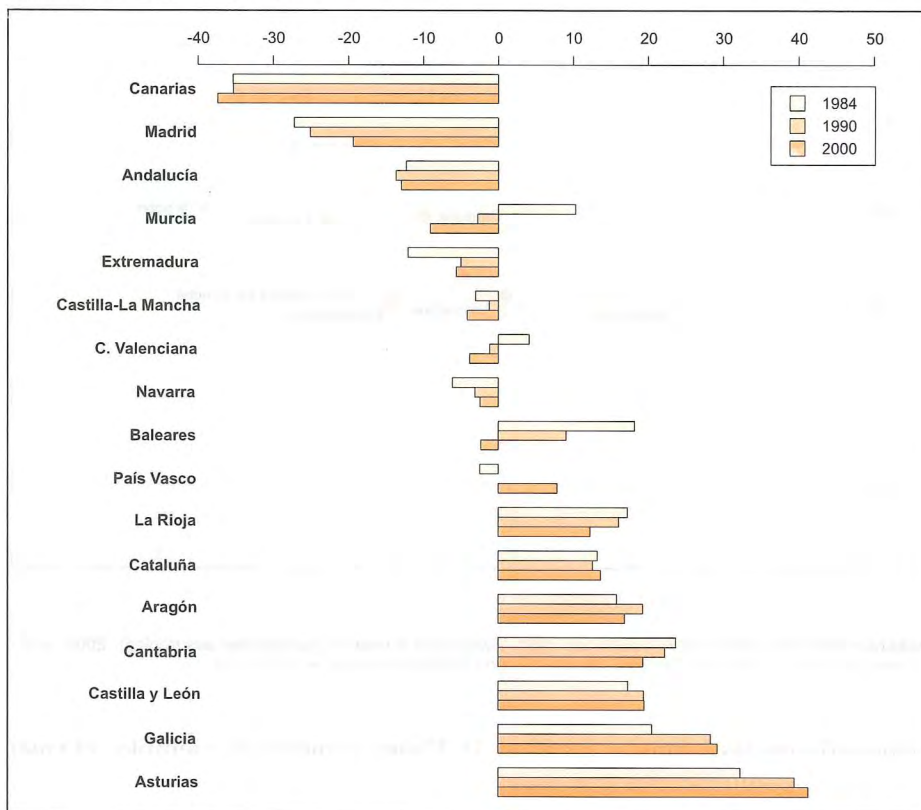
(*) Los datos de Ceuta y Melilla están incluidos en el total.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Nomenclátor 1999* (publicación electrónica), 2001; e INE, *Anuario estadístico 2000*, 2001.

1.2 Seguridad Social

Una primera variable clave en el equipamiento social de las distintas comunidades autónomas es la cobertura del riesgo asociado a la vejez. Las disparidades de la estructura demográfica en cada territorio y también la diversidad de las trayectorias laborales deberían predecir, a priori, una incidencia del sistema de pensiones muy diferente en cada comunidad autónoma. Los datos relativos –número de pensiones por cada 1.000 habitantes– confirman esta apreciación, con un rango de variación considerable en las cifras correspondientes a las distintas comunidades autónomas (gráfico 1). Así, los valores de Asturias, autonomía con la mayor presencia relativa de pensionistas, duplican los de Canarias, que es la comunidad con el indicador más bajo. La observación de los cambios en el tiempo no permite apreciar grandes diferencias, salvo el mayor alejamiento de Asturias y Galicia de la media, comunidades que ya partían a comienzos de los años ochenta de unos valores relativos muy superiores al promedio nacional.

Gráfico 1 – Evolución del número de pensiones por cada 1.000 habitantes. Diferencias respecto a la media nacional. En porcentaje. 1984-2000

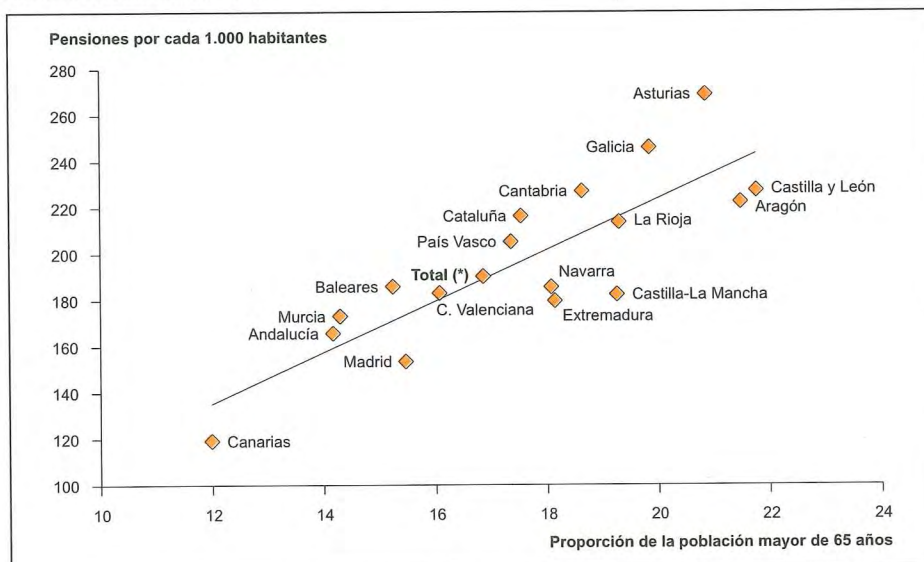


Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Anuario Estadístico*, varios años; INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión*, 2001; y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Boletín de estadísticas laborales*, varios números.

Las razones de estas diferencias territoriales cabe encontrarlas, dado un marco jurídico-institucional para las pensiones de la Seguridad Social único y común para todo el territorio español, en las distintas estructuras demográficas de las comunidades. La fuerza dominante lógica es, sin duda, el desigual envejecimiento de la población en cada territorio, citado ya como condicionante previo al comienzo de este apartado. Las comunidades autónomas en las que la proporción de la población mayor de 65 años es superior a la media muestran una mayor incidencia relativa de las pensiones de la Seguridad Social (gráfico 2).

El carácter natural de estas diferencias debe limitar, por tanto, las posibles discusiones sobre el efecto que puede tener el componente normativo-institucional en el volumen total de las pensiones en cada comunidad autónoma. Sin embargo, es más cuestionable la legitimidad de la

Gráfico 2 – Relación entre el peso relativo de las pensiones y el envejecimiento de la población por comunidades autónomas. 2000



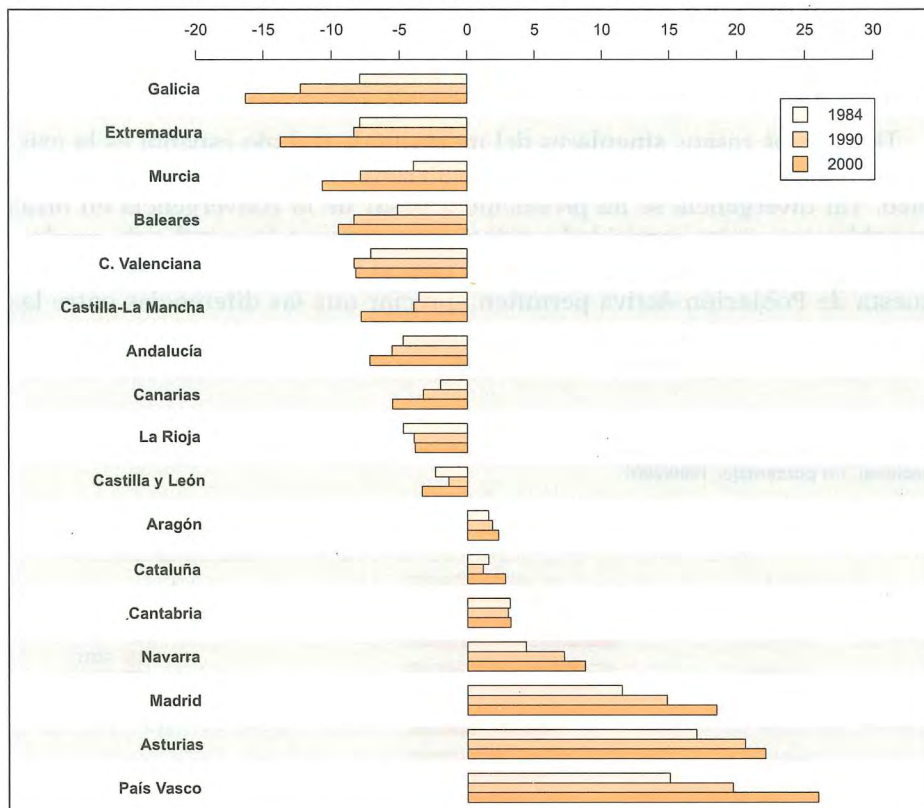
(*) Los datos de Ceuta y Melilla están incluidos en el total.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión* (publicación electrónica), 2001; y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Boletín de estadísticas laborales*, n. 165, 2001.

dispersión en las cuantías (gráfico 3). Valga, a modo de ejemplo, el caso de las dos comunidades que antes se citaban como aquellas con mayor presencia relativa de pensionistas: la pensión media en Galicia es considerablemente inferior a la de Asturias. Tales diferencias se explicarían básicamente por el singular sistema de regímenes especiales de la Seguridad Social, que afecta de desigual manera a las distintas zonas del territorio debido a la notable heterogeneidad de las estructuras productivas y demográficas. Sin embargo, los datos indican que las comunidades autónomas con pensiones medias más altas son aquellas que tradicionalmente han disfrutado de una mayor renta media y de niveles salariales superiores al promedio nacional. En la medida en que, a pesar de la existencia de límites correctores mínimos y máximos, la cuantía final de las pensiones contributivas depende básicamente de las cotizaciones previas y éstas a su vez de los salarios, cabe hablar también aquí de razones explicativas lógicas de esta diferenciación.

Esta explicación de las desigualdades territoriales en los niveles medios de las pensiones a partir de las diferencias salariales debe ser considerada como un argumento clave ante algunas propuestas de diferenciación territorial de las prestaciones sociales. Como se verá posteriormente, uno de los razonamientos que podría legitimar el pago de diferentes cuantías en

Gráfico 3 – Evolución de las cuantías medias de las pensiones de la Seguridad Social por comunidades autónomas. Diferencias respecto a la media nacional. En porcentaje. 1984-2000



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Boletín de estadísticas laborales*, varios números.

cada comunidad autónoma es la existencia de costes de la vida también distintos. Ante esas diferencias de precios, puede parecer lógico desarrollar acciones que permitan vincular la actualización de las prestaciones a los cambios en la inflación de cada comunidad autónoma. En el caso de las pensiones contributivas, sin embargo, el vínculo salarial introduce automáticamente ese ajuste, toda vez que en la fijación de las ganancias salariales en cada territorio –máxime ante el carácter territorial de la mayoría de los convenios colectivos– se tienen en cuenta los precios respectivos.

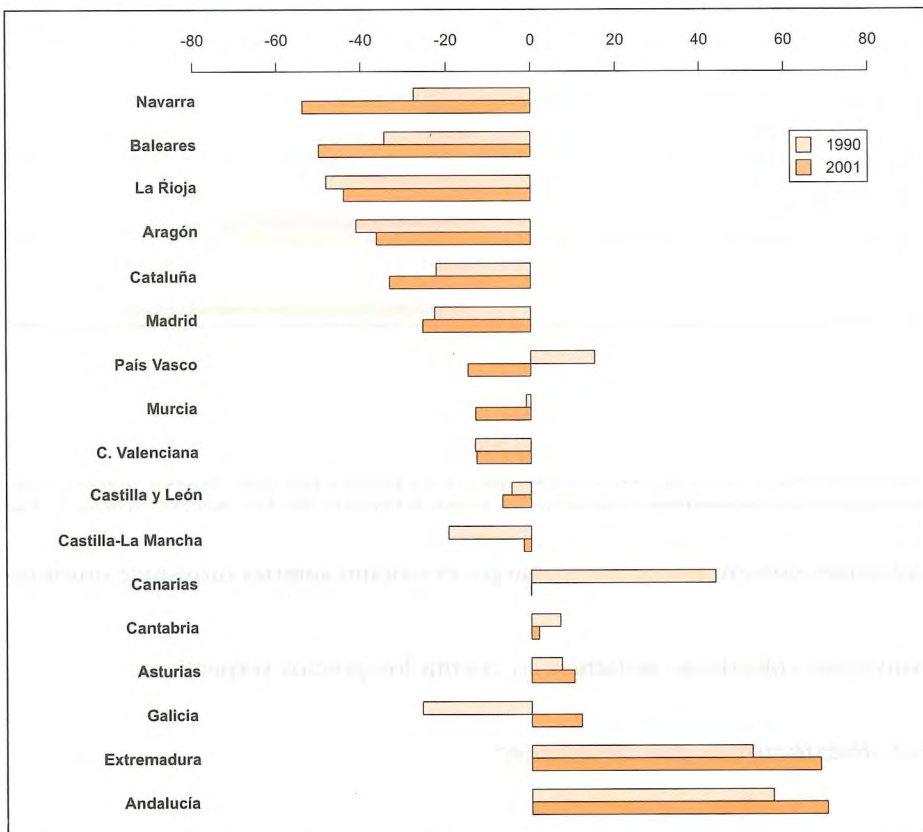
1.3 Prestaciones por desempleo

El otro bloque importante en el sistema de aseguramiento de rentas de gestión centralizada son las prestaciones por desempleo. El diseño y desarrollo de estos programas corresponde con carácter exclusivo a la Admi-

nistración Central. La única variante territorial radica en la singularidad del subsidio agrario, restringido a asalariados del campo residentes en Extremadura y Andalucía. Para el análisis de esta variable hemos recogido la evolución de la cuantía de las prestaciones por desempleo y de la tasa de cobertura en el período 1984-1999.

Uno de los rasgos singulares del mercado de trabajo español es la existencia de diferenciales interterritoriales relevantes en las tasas de desempleo. Tal divergencia se ha producido a pesar de la convergencia en otras variables con cierta capacidad a priori para afectar a los niveles de empleo, como, por ejemplo, la acumulación de capital humano. Los datos de la Encuesta de Población Activa permiten apreciar que las diferencias entre las distintas comunidades autónomas persisten en el período más reciente. El desempleo es un problema mucho más acusado en comunidades autóno-

Gráfico 4 – Evolución de la tasa de paro por comunidades autónomas. Diferencias respecto a la media nacional. En porcentaje. 1990-2001



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Encuesta de Población Activa*, varios números.

mas como Andalucía y Extremadura, que en otras como Baleares, Navarra, Aragón o La Rioja (gráfico 4).

Los datos parecen apuntar, además, que las divergencias han ido aumentando. La mayoría de las comunidades que en 1990 presentaban tasas muy por debajo de la media nacional han ampliado más sus distancias. Lo contrario ha sucedido con las que tenían tasas más altas. En términos de convergencia beta, parece haberse dado un proceso inverso al esperado. En los territorios que tenían las tasas de paro iniciales más bajas, éste se ha reducido más que la media nacional en la mayoría de los casos. En las comunidades autónomas con tasas de paro más altas, el comportamiento dominante ha sido el de una disminución del desempleo menor que la media.

¿Qué razones explican el mantenimiento de estas diferencias? Por un lado, cabe citar el argumento habitual de la falta de movilidad de la mano de obra, que sigue siendo una cuestión pendiente para poder garantizar una asignación más eficiente del factor trabajo. Se cuestiona a menudo que los mecanismos de protección económica y, más concretamente, la protección por desempleo, pueden haber estimulado la inmovilidad de los activos en paro. No hay que olvidar, sin embargo, que las tasas de paro de los territorios con menos problemas –salvo excepciones– siguen siendo elevadas en el contexto europeo y que buena parte de los factores limitativos de la movilidad no se han resuelto, como los problemas de acceso a la vivienda y, sobre todo, los costes sociales a ella ligados. La falta de movilidad no es, en cualquier caso, la única explicación del mantenimiento de las diferencias regionales en las tasas de paro. Las disparidades constatadas en los niveles de acceso al empleo invitan a considerar la importancia cada vez mayor que adquieren los sistemas centralizados o coordinados de protección del empleo como medio para prevenir o compensar la generación de desigualdades sociales a lo largo del territorio.

En este sentido, los indicadores propuestos permiten observar que existe una notable disparidad entre las comunidades autónomas, más acentuada en el caso de las cuantías que en el de la cobertura (tabla 3). En lo que se refiere a la cuantía, en la medida en que aproximadamente la mitad de los beneficiarios lo son de la modalidad contributiva –con la excepción de Andalucía y Extremadura, donde la mayoría de ellos se acogen al sistema especial del REASS²–, el nivel de los salarios, al igual que en las pensiones, puede explicar una parte importante de las diferencias entre co-

² El subsidio agrario, específicamente diseñado para Andalucía y Extremadura, ofrece cuantías sensiblemente inferiores a las del resto de modalidades de protección del desempleo, lo que explicaría los niveles medios espectacularmente bajos de las cuantías en dichas comunidades.

Tabla 3 – Evolución de las prestaciones económicas por desempleo y de la tasa de cobertura por comunidades autónomas. Comparación media nacional=100. 1984-1999

	Prestaciones			Tasa de cobertura (1)		
	1984	1990	1999	1984	1990	1999
Andalucía	63,66	66,16	76,56	86,67	78,02	85,82
Aragón	106,58	115,62	127,66	139,09	107,02	89,47
Asturias	120,07	125,99	127,80	113,30	81,68	83,82
Baleares	144,82	150,94	106,26	115,91	126,32	216,32
Canarias	108,25	111,07	99,21	72,27	110,92	104,60
Cantabria	102,67	118,06	111,70	123,94	102,96	85,98
Castilla-La Mancha	89,34	96,38	95,92	115,53	113,28	92,42
Castilla y León	100,24	103,65	114,67	110,83	90,18	78,73
Cataluña	126,85	128,09	120,10	97,73	141,48	145,48
C. Valenciana	115,82	119,63	108,76	107,77	104,81	106,40
Extremadura	50,04	59,54	69,85	89,85	72,00	86,47
Galicia	120,21	106,34	101,16	96,48	91,20	86,47
Madrid	140,72	138,88	122,31	102,80	122,42	105,26
Murcia	95,74	153,33	114,64	105,80	82,24	106,40
Navarra	136,90	118,66	136,89	99,17	119,67	103,16
País Vasco	174,62	142,55	131,85	108,11	88,80	88,43
La Rioja	117,42	108,80	121,19	115,15	159,87	94,07
Total (2)	685,6	995,3	1.266,8	26,40	42,86	50,92

(1) Tasa de cobertura: porcentaje de desempleados que reciben algún tipo de prestación económica. (2) El total en miles de pesetas anuales incluye los datos de Ceuta y Melilla.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de datos del Inem.

municipalidades autónomas. País Vasco, Madrid y Navarra disfrutaban de unos niveles salariales muy superiores a la media nacional, a la vez que se trata de comunidades en las que la incidencia del desempleo es menor. Esto hace que haya una menor proporción de desempleados que agoten el derecho a la modalidad contributiva y un menor peso de la modalidad asistencial. Todo ello da origen a cuantías más altas de las prestaciones.

La evolución del grado de dispersión muestra un claro proceso de convergencia en lo que se refiere al nivel de las prestaciones, algo que no ocurre respecto a la tasa de cobertura, donde se producen oscilaciones y cambios de signo muy pronunciados, y que tampoco se pudo apreciar en las tasas de paro regionales. Esta disparidad se refleja igualmente en la evolución de la convergencia beta: mientras que en la cuantía de las prestaciones las comunidades autónomas situadas en los últimos lugares se encuentran entre las que más avanzan, en la tasa de cobertura sólo Canarias consigue mejorar claramente respecto a la media nacional. Con todo, lo más destacable de este último indicador es la evolución de Aragón, País

Vasco, Asturias y Castilla y León, que han pasado de estar en posiciones destacadas a mediados de los años ochenta al extremo contrario a finales de los noventa.

1.4 Sanidad

A diferencia de lo que sucedía en el caso de las pensiones, la dotación regional de equipamientos sanitarios puede estar condicionada por la existencia de modelos organizativos y asignaciones de recursos presupuestarios distintos en cada territorio. Durante los años noventa fue avanzando el traspaso del Insalud a las comunidades autónomas, hasta su reciente culminación a comienzos de la década actual. Como se verá más adelante, este proceso ha hecho que germinaran sistemas territoriales de salud muy diferentes, con diseños y resultados claramente heterogéneos. Esta diversidad puede condicionar la presencia de importantes diferencias entre comunidades autónomas en los indicadores habitualmente utilizados para estimar la intensidad

Tabla 4 – Evolución del gasto sanitario por habitante por comunidades autónomas. Comparación media nacional=100. 1994-1999

	1994	1996	1997	1998	1999
Andalucía	95,63	96,37	93,41	94,18	93,93
Aragón	111,33	112,79	109,33	111,26	112,78
Asturias	108,02	107,30	107,48	110,04	111,21
Baleares	91,55	86,29	90,10	90,35	90,51
Canarias	–	112,34	107,33	118,32	115,41
Cantabria	103,78	104,65	106,71	107,43	107,15
Castilla-La Mancha	94,10	93,39	93,60	94,58	95,78
Castilla y León	102,09	104,29	100,76	100,82	103,16
Cataluña	106,57	97,80	99,41	98,10	100,10
C. Valenciana	94,02	92,51	94,63	92,62	91,98
Extremadura	101,41	103,80	100,84	101,05	101,07
Galicia	92,86	95,99	100,00	100,60	100,52
Madrid	108,54	104,23	104,55	103,85	102,84
Murcia	89,89	90,89	94,97	94,67	97,12
Navarra	119,60	136,13	128,00	118,30	118,62
País Vasco	111,20	106,59	110,80	107,47	101,97
La Rioja	105,42	95,25	99,53	100,37	101,00
Total (*)	85.162	100.626	102.691	109.297	115.415

(*) Los datos del total están en valor absoluto e incluyen a Ceuta y Melilla.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Insalud, *Memoria*, varios años; Ministerio de Economía y Hacienda, *Presupuestos de las comunidades autónomas*, varios años; Ministerio de Economía y Hacienda, *Presupuestos de las entidades locales y de las ciudades autónomas*, varios años; e INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión*, 2001.

de la protección ofrecida por esta prestación pública. No debe olvidarse que la propensión al consumo de servicios sanitarios guarda una estrecha relación con la composición por edades de la población, siendo más intensivo el uso en aquellas zonas con población más envejecida, por lo que los resultados deben ponerse en relación, de nuevo, con los datos ofrecidos al comienzo de esta sección. Se trata, por otro lado, de un servicio sometido a cambios constantes en los métodos de diagnóstico y tratamiento –cada vez más complejos y costosos– y en el que las condiciones sociodemográficas tienen una influencia muy importante en lo que a necesidades y demandas se refiere.

En la tabla 4 se observa un acercamiento muy general a las diferencias entre comunidades autónomas a partir del gasto sanitario por habitante. La serie de la que disponemos es muy corta, pero nos permite apreciar que estamos ante un servicio del Estado de Bienestar con un alto grado de igualdad territorial y en el que el nivel de riqueza económica de los territorios apenas influye. Además, es probablemente el indicador que muestra una menor dispersión y una mayor estabilidad a lo largo del período considerado. Sin embargo, estos datos deberían ser contrastados con la estructura demográfica y con la distribución de la población por tipo de hábitat, ya que el gasto sanitario de la población mayor es muy superior al de los otros grupos de edad y la gestión sanitaria en un medio rural o disperso incrementa notablemente los costes respecto a otros tipos de hábitat. De hecho, un tratamiento igual en el gasto puede ser el reflejo de una oferta desigual en los servicios. De ahí la necesidad de analizar algunos indicadores relativos a estos últimos.

En cuanto a la dotación de recursos sanitarios básicos –medidos a través de la tasa de médicos y de camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes–, los datos de la tabla 5 muestran el evidente proceso de acercamiento que se ha producido entre las comunidades autónomas. El nivel de dispersión –convergencia sigma– en ambos indicadores se ha reducido notablemente. Sin embargo, en lo que se refiere a convergencia beta, la evolución de estos indicadores presenta diferencias. Mientras que en la tasa de médicos las comunidades autónomas situadas en los últimos lugares en 1980 son las que registran mayores avances –con la excepción de Castilla-La Mancha, que se ha alejado incluso de la media nacional y se sitúa en el último puesto en 1999–, no ocurre lo mismo en lo que se refiere a camas hospitalarias, pues algunas comunidades autónomas atrasadas en 1980 han registrado avances muy importantes, otras se han estancado e incluso algunas han sufrido retrocesos. La dispersión es aún mayor si nos referimos exclusivamente a las camas de geriatría y larga estancia.

Los constantes avances médicos y la creciente tecnificación de los tratamientos terapéuticos hacen de la disponibilidad y accesibilidad a las nuevas tecnologías médicas un factor crítico en los servicios sanitarios. En la tabla 6 se recoge información referida a algunos de los equipamientos tec-

Tabla 5 – Evolución del número de médicos y camas hospitalarias en funcionamiento por cada 10.000 habitantes por comunidades autónomas. Comparación media nacional=100. 1980-1999

	Médicos por 10.000 habitantes			Camas hospitalarias en funcionamiento por 10.000 habitantes		
	1980	1990	1999	1980	1990	1999
Andalucía	71,02	90,20	89,42	90,82	78,69	80,29
Aragón	143,92	130,73	126,26	131,76	120,87	123,22
Asturias	102,53	113,65	113,96	109,84	100,79	105,32
Baleares	91,88	88,32	97,68	117,92	106,68	110,33
Canarias	70,22	80,79	88,72	96,87	124,90	123,46
Cantabria	108,68	102,50	106,76	156,59	97,83	115,63
Castilla-La Mancha	79,97	74,87	76,95	85,19	77,86	78,70
Castilla y León	119,21	103,08	105,59	124,45	125,84	98,16
Cataluña	105,62	104,21	103,26	95,37	118,15	125,09
C. Valenciana	101,08	93,60	95,45	81,76	72,55	75,45
Extremadura	73,60	75,24	83,28	84,53	94,61	99,09
Galicia	75,78	82,37	85,37	77,23	94,59	99,51
Madrid	140,96	130,99	124,94	112,89	107,06	108,16
Murcia	91,97	83,46	86,12	85,26	80,95	88,58
Navarra	129,20	127,93	120,20	145,97	132,13	114,48
País Vasco	97,59	105,67	105,24	102,69	112,72	104,13
La Rioja	109,72	101,62	97,34	150,63	115,74	85,77
Total (*)	23,16	38,28	44,14	53,98	42,70	41,04

(*) Los datos del total están en valor absoluto e incluyen a Ceuta y Melilla.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Anuario estadístico*, varios años; Ministerio de Sanidad y Consumo, *Estadísticas de salud 1978/87*, 1991; Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo nacional de hospitales*, varios años; e INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión*, 2001.

nológicos más significativos en la atención sanitaria. Las menores dotaciones en estas tecnologías suelen implicar un aumento importante de las listas de espera, cuando no el desplazamiento a otras comunidades autónomas limítrofes para tener acceso a ellas, aspectos de gran trascendencia a la hora de valorar la calidad de las prestaciones sanitarias y de los diferentes sistemas de salud. Destaca la privilegiada situación de Baleares, Canarias, Madrid, Navarra y País Vasco y, en el extremo opuesto, la escasa dotación de estas tecnologías en Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Murcia y La Rioja.

Por último, en el acceso a los trasplantes de órganos se observan también importantes diferencias a favor de las comunidades que cuentan con los servicios y las instalaciones necesarias para realizar operaciones de este tipo³.

³ Véase el indicador A.2.8.6 en el Anexo Estadístico.

Tabla 6 – Evolución del equipamiento tecnológico sanitario por comunidades autónomas. Tasa por millón de habitantes. 1995-1999

	TAC		RNM		Angiógrafos digitales		Salas de hemodinamia		Acelerador lineal		Bomba de cobalto		Gammacámaras		Litotricia	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Andalucía	6,9	9,6	1,8	2,1	2,0	2,1	2,5	2,8	1,1	1,7	1,6	1,4	3,7	4,9	1,0	1,5
Aragón	8,5	11,1	1,7	4,3	4,2	4,3	3,4	4,3	1,7	0,9	1,7	1,7	5,1	4,3	1,7	1,7
Asturias	11,1	14,2	2,8	4,7	1,9	2,8	1,9	2,8	0,9	0,9	2,8	2,8	3,7	3,8	0,9	0,9
Baleares	15,1	22,1	5,5	9,1	5,5	5,2	2,8	3,9	2,8	2,6	1,4	1,3	6,9	7,8	4,1	3,9
Canarias	12,3	13,4	1,9	3,6	5,2	4,3	2,6	4,9	1,3	1,2	2,6	2,4	7,1	7,9	3,2	3,6
Cantabria	5,7	7,6	1,9	3,8	1,9	1,9	3,8	3,8	1,9	1,9	5,7	1,9	3,8	9,5	0,0	0,0
Castilla-La Mancha	7,7	7,6	1,8	2,9	1,8	1,8	0,0	1,8	0,0	0,0	0,6	0,6	2,4	3,5	1,8	1,8
Castilla y León	7,6	11,3	1,6	3,2	2,8	2,8	0,8	2,0	0,4	1,2	2,0	1,6	4,0	4,8	1,2	1,2
Cataluña	6,3	11,4	2,3	4,9	3,5	3,4	4,9	2,9	1,3	2,6	2,5	1,6	3,8	4,2	1,8	1,6
C. Valenciana	7,7	11,5	2,3	4,3	2,0	3,8	2,3	3,5	1,5	2,5	1,8	1,3	4,3	4,5	2,0	2,3
Extremadura	6,5	9,3	0,0	1,9	1,9	1,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,9	2,8	3,7	0,0	0,0
Galicia	9,5	14,0	4,0	5,9	4,4	4,4	3,3	3,7	0,4	1,5	1,8	1,8	4,8	4,8	1,8	1,8
Madrid	10,0	12,6	4,8	7,9	4,6	5,1	5,8	6,3	2,2	2,8	2,6	1,6	8,0	8,6	2,2	1,8
Murcia	9,3	9,9	2,8	5,4	2,8	0,9	0,9	1,5	0,9	1,8	0,9	0,0	1,9	2,7	0,9	0,0
Navarra	9,5	15,0	5,7	7,5	3,8	5,6	3,8	5,6	5,7	3,7	1,9	1,9	11,4	13,1	3,8	1,9
País Vasco	11,6	12,1	4,8	6,3	5,8	5,3	3,9	4,4	1,4	2,4	2,4	1,9	4,8	6,8	1,4	1,9
La Rioja	3,8	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	3,8	3,8	3,8	0,0	0,0
Total (*)	8,3	11,5	2,7	4,6	3,2	3,4	3,1	3,5	1,3	1,9	2,0	1,6	4,7	5,5	1,7	1,7

Notas: TAC: Tomografía Axial Computerizada; RNM: Resonancia Nuclear Magnética. (*) Los datos de Ceuta y Melilla están incluidos en el total.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, *Catálogo nacional de hospitales*, varios años; e INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión*, 2001.

1.5 Educación

Desde una perspectiva general, la provisión de los servicios educativos por parte del sector público se ha caracterizado en las dos últimas décadas por un aumento continuado del gasto público por alumno en términos reales en todos los niveles educativos, especialmente en Educación Primaria y en enseñanza universitaria⁴. Este hecho ha llevado a España a converger con otros países de la Unión Europea y de la OCDE en lo que se refiere a este parámetro. No obstante, al tener en cuenta el indicador de gasto público por alumno, se constata que en España sigue existiendo en la actualidad un déficit de recursos públicos destinados a la prestación de servicios educativos en comparación con los países pertenecientes a las áreas geográficas mencionadas.

En este indicador se observan igualmente importantes diferencias entre las comunidades autónomas (tabla 7). La gran complejidad de las estadísticas de educación nos ha impedido construir una serie con datos homogéneos anteriores a 1992 y con datos desagregados para el territorio MEC. No obstante, se trata de una información suficientemente interesante y que merece ser comentada. Lo más destacable es la coincidencia de un doble proceso de estancamiento de las comunidades con un menor nivel de gasto público en educación y de alejamiento de aquellas que ocupan las posiciones de vanguardia (Navarra y País Vasco). El resultado es un aumento de la dispersión y un escaso avance en convergencia respecto a la media nacional de las comunidades autónomas que ocupan los últimos lugares, aunque también en este ámbito, como en el de sanidad, las diferencias no son tan grandes como en otros indicadores. Por otro lado, es necesario destacar que los datos se refieren al gasto público en educación; si considerásemos el gasto total (público y privado), la situación de algunas comunidades, como Cataluña, se modificaría sensiblemente.

Los indicadores de servicios y dotaciones nos permiten un acercamiento, genérico e imperfecto, a elementos básicos para medir la calidad de la educación y el "coste" y la pluralidad del acceso a ésta en términos personales y sociales, aspectos de gran relevancia a la hora de valorar las diferencias entre territorios en lo que se refiere a la oferta formativa.

La proporción de alumnos por profesor es un indicador básico para medir la calidad a la que acabamos de referirnos, en cuanto que un menor número de alumnos por profesor permite una atención más personalizada y un seguimiento más cercano del proceso de aprendizaje. También aquí se ha producido una mejora muy significativa en el conjunto del Estado, aunque los datos de las comunidades autónomas muestran ritmos muy dife-

⁴ Véase San Segundo, M. J., *Luces y sombras de la expansión educativa*, Jornadas sobre desigualdad y políticas públicas, Fundación BBVA, Madrid, 2001.

Tabla 7 – Evolución del gasto público en educación (1) por alumno y comunidades autónomas. Comparación media nacional=100. 1992-1998

	1992 (2)	1993	1994 (3)	1995 (4)	1996 (5)	1997 (6)	1998 (7)
Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (8)	113,62	112,32	110,12	112,35	111,41	107,70	108,68
Andalucía	87,56	83,00	81,63	80,84	81,22	79,95	82,07
Baleares	–	–	–	–	–	–	86,94
Canarias	110,20	108,11	111,52	107,23	114,02	114,00	115,05
Cataluña	85,28	87,61	89,40	87,93	84,41	93,67	86,80
C. Valenciana	80,23	84,06	86,05	85,44	87,68	87,41	87,46
Galicia	98,54	100,37	105,56	101,67	102,93	105,86	113,09
Navarra	123,20	131,40	131,57	133,47	140,99	142,96	144,74
País Vasco	112,75	126,14	129,88	129,24	133,49	135,26	141,17
Total (9)	233.675	245.812	259.312	282.068	299.566	322.333	339.609

(1) Se considera toda la educación salvo la superior no universitaria y la universitaria y no se considera el gasto en becas y ayudas al estudio. (2) Faltan los datos de alumnado en Educación de adultos en Cataluña. (3) Faltan los datos del alumnado en Módulos profesionales a distancia en Canarias y de Educación de adultos en Cataluña. Están incompletos los datos del alumnado en Enseñanzas de idiomas en Galicia y de Educación de adultos en Andalucía, Comunidad Valenciana, Galicia y País Vasco. (4) Faltan los datos del alumnado de Módulos profesionales a distancia en Canarias, de Artes aplicadas y oficios artísticos en la Comunidad Valenciana y de Educación de adultos en Cataluña. (5) Faltan los datos del alumnado matriculado en Danza en la Comunidad Valenciana y del alumnado matriculado en Danza en centros privados en Madrid. (6) Faltan los datos del alumnado en Educación de adultos en Canarias y Cataluña. (7) Faltan los datos del alumnado en Educación de adultos en Canarias. (8) Comprende los gastos realizados por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, las comunidades autónomas sin todas las competencias educativas asumidas y otras administraciones. (9) Los datos del total están en valor absoluto.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, *Estadísticas de la educación en España, 1999-2000. Datos avance y series e indicadores*, 2000; Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, *Estadísticas de la educación en España. Resultados detallados. Series e indicadores*, varios años; y datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

rentes en ese proceso de mejora y un aumento de la dispersión, así como un comportamiento muy dispar de las comunidades autónomas en peor situación al inicio de la serie considerada. En Educación Primaria, Andalucía, Comunidad Valenciana y Murcia, algunas de las comunidades autónomas más atrasadas en 1984 (y, en consecuencia, con indicadores superiores a 100), se han distanciado aún más de la media nacional, mientras que otras que se encontraban en parecida situación han registrado avances muy llamativos, como Cataluña y País Vasco (tabla 8). Extremadura sigue una evolución contraria: pasa de las primeras posiciones (uno de los índices más bajos) en 1984 a las últimas en 1999. Por lo que se refiere a la Educación Secundaria, las diferencias son mucho menores y en la evolución sólo se destaca el importante avance de Baleares, Aragón, Navarra y País Vasco y el retroceso de Asturias y Extremadura. En ambos indicadores, exceptuando el caso de Madrid, parece observarse una cierta relación entre nivel de desarrollo económico y ratios de alumnos por profesor más bajos.

Tabla 8 – Evolución del número de alumnos por profesor en Educación Primaria y Secundaria por comunidades autónomas. Comparación media nacional=100. Cursos 1984/85-1999/00

	Educación Primaria			Educación Secundaria		
	1984/85	1990/91	1999/00 (1)	1984/85	1990/91	1999/00 (1)
Andalucía	105,12	105,72	120,58	104,44	103,56	107,70
Aragón	91,54	89,65	87,83	100,50	95,12	92,64
Asturias	94,92	91,44	91,10	95,32	96,98	103,11
Baleares	106,02	109,11	103,99	97,08	94,37	85,37
Canarias	95,89	93,44	101,94	98,66	95,05	98,95
Cantabria	96,49	98,98	96,43	104,40	101,37	102,05
Castilla-La Mancha	95,33	98,52	107,54	91,89	94,77	97,20
Castilla y León	87,89	89,30	92,58	97,53	96,13	99,25
Cataluña	104,16	108,34	77,20	94,74	96,31	92,01
C. Valenciana	104,61	96,39	118,33	102,35	107,39	94,99
Extremadura	89,42	96,60	112,30	90,07	93,54	102,68
Galicia	93,01	91,18	90,23	89,85	91,04	96,31
Madrid	101,81	102,24	103,53	108,99	106,01	112,58
Murcia	104,15	106,75	113,17	107,25	105,56	105,39
Navarra	86,45	80,98	76,26	107,60	96,03	84,46
País Vasco	104,18	95,81	78,08	102,38	103,94	94,33
La Rioja	97,48	99,77	93,56	88,22	96,74	98,07
Total (2)	29,44	24,70	15,54	15,74	15,32	8,95

Notas: En Educación Primaria están incluidos los estudios de EGB, Primer ciclo de ESO y Educación Primaria. Se consideran Educación Secundaria los estudios de BUP y COU, Formación Profesional, Bachillerato experimental, Módulos profesionales, Bachillerato LOGSE y Segundo ciclo de ESO. (1) Datos avance. (2) Los datos de Ceuta y Melilla están incluidos en el total. Los datos del total están en valor absoluto.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Educación y Ciencia, *Datos y cifras de la educación en España 1984/85*, 1987; Ministerio de Educación y Ciencia, *Estadística de la Enseñanza en España, 1990/91, 1994*; y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, *Estadísticas de la educación en España. 1999-2000. Datos avance y series e indicadores*, 2001.

Por lo que se refiere a la “densidad” de centros escolares (tabla 9), se ha producido una notable disminución entre los cursos 1985/86 y 2000/01 en todo el país. No es fácil valorar las diferencias entre comunidades autónomas en lo relativo a este indicador, ya que depende en buena medida de la importancia del medio rural y del tipo de hábitat en cada una de ellas. Conviene destacar la intensidad del descenso en Aragón, Asturias, Castilla y León y La Rioja. La baja tasa de natalidad en casi todas ellas, así como los procesos de concentración de los alumnos en los centros de la cabecera de comarca –con la consiguiente desaparición de las escuelas unitarias en los pueblos– explican en buena medida este proceso, cargado, por otra parte, de “costes” y dificultades para los alumnos que tienen que desplazarse diariamente, para las familias y para los pueblos, que ven desaparecer una de sus instituciones básicas y anclaje fundamental para las escasas parejas jóvenes. Una comunidad autónoma con características parecidas a

Tabla 9 – Evolución del número de centros escolares por comunidades autónomas. Tasa por 10.000 habitantes y comparación media nacional=100. Cursos 1985/86-2000/01

	Tasa por 10.000 habitantes			Comparación media nacional		
	1985/86	1990/91	2000/01 (1)	1985/86	1990/91	2000/01 (1)
Andalucía	6,3	6,0	5,2	87,19	88,03	97,27
Aragón	9,2	8,3	4,7	127,05	121,73	87,62
Asturias	7,9	7,2	4,5	109,37	105,09	84,19
Baleares	6,6	6,3	5,0	90,67	92,53	93,67
Canarias	7,4	7,8	6,5	101,70	113,91	121,82
Cantabria	9,7	9,1	6,2	134,33	133,24	117,21
Castilla-La Mancha	7,9	7,9	6,1	108,85	115,47	114,75
Castilla y León	11,1	10,3	5,1	153,50	151,35	95,89
Cataluña	6,8	6,5	6,3	93,61	95,91	118,17
C. Valenciana	6,0	5,7	4,9	82,88	83,80	91,53
Extremadura	7,9	7,9	6,0	109,10	115,87	113,06
Galicia	9,1	8,9	6,6	125,32	130,50	124,86
Madrid	6,0	5,1	4,0	82,79	74,18	75,76
Murcia	7,5	6,9	6,0	104,08	101,78	112,45
Navarra	7,2	7,3	5,5	99,99	107,16	104,00
País Vasco	6,2	5,9	4,1	86,30	86,21	76,86
La Rioja	8,3	7,9	4,3	115,06	115,15	81,01
Total (2)	7,2	6,8	5,3	100	100	100

(1) Datos provisionales. (2) Los datos del total están en valor absoluto e incluye a Ceuta y Melilla.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, *Estadísticas de la educación en España. Resultados detallados. Series e indicadores*, varios años; Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, *Estadísticas de la educación en España 2000-01. Datos avance*, 2001; INE, *Anuario estadístico*, varios años; e INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión* (publicación electrónica), 2001.

las anteriores como es Galicia se ha desmarcado, sin embargo, de este proceso, quizá como resultado de una política autonómica diferenciada en este aspecto. Por su parte, Canarias y Cataluña han registrado descensos mucho menos acusados en sus tasas, por lo cual han pasado a ocupar, junto con Galicia, las primeras posiciones en el ámbito nacional. El carácter eminentemente urbano de casi toda la Comunidad de Madrid explica que posea la tasa más baja de centros por 10.000 habitantes.

Una de las características más sobresalientes del sistema educativo español respecto al de la mayoría de los países de nuestro entorno es el protagonismo de la oferta privada, en su mayoría bajo el régimen de concierto educativo. En nuestro Informe del año pasado⁵ analizamos con cierto detenimiento este tema y destacamos algunos aspectos: por un lado, el he-

⁵ Fundación Encuentro. CECS, "Educación en España: debate social y retos para el siglo XXI", *Informe España 2001*, Madrid, 2001.

cho de que los resultados académicos no registran diferencias significativas por tipo de centro en lo que se refiere al nivel de conocimientos adquiridos; por otro, la menor tasa de escolarización relativa de alumnos discapacitados y de educación compensatoria (gitanos e inmigrantes) en los centros privados, así como la concentración de éstos en las zonas urbanas y en áreas de nivel económico medio y alto.

De cualquier manera, donde el factor público-privado resulta más relevante en relación con la oferta de servicios educativos, ya que no sólo afecta a la posibilidad de elegir el tipo de centro sino también al diferente coste económico para las familias según la comunidad autónoma en la que residan, es en Educación Infantil. En el primer ciclo de Educación Infantil (0-2 años) es la escasa oferta pública la que determina que las familias que quieran tener escolarizados a sus hijos tengan que acudir a los centros privados y pagar por dicho servicio. Pero las diferencias entre comunidades autónomas en este aspecto son muy importantes. Como podemos apreciar en la tabla 10, hay comunidades autónomas, como Madrid, Murcia o

Tabla 10 – Alumnado matriculado en Educación Infantil según la edad y el tipo de centro. En porcentaje

	Menores de 3 años Curso 1998/99		Educación Infantil Curso 1996/97		
	Público	Privado	Público	Privado concertado	Privado no concertado
Andalucía	9,4	90,6	78,1	0,9	21,0
Aragón	0,0	100,0	66,3	0,2	33,5
Asturias	0,0	100,0	73,3	0,0	26,7
Baleares	30,9	69,1	60,8	2,4	36,8
Canarias	47,0	53,0	78,0	0,0	22,0
Cantabria	0,0	100,0	66,5	1,1	32,4
Castilla-La Mancha	31,5	68,5	80,6	0,3	19,1
Castilla y León	36,8	63,2	71,9	1,3	26,8
Cataluña	36,1	63,9	54,7	0,0	45,3
C. Valenciana	39,1	60,9	68,4	1,8	29,8
Extremadura	9,5	90,5	82,2	0,0	17,8
Galicia	–	–	72,0	0,0	28,0
Madrid	57,3	42,7	60,3	0,5	39,2
Murcia	68,2	31,8	76,0	0,6	23,4
Navarra	–	–	59,1	0,0	40,9
País Vasco	73,0	27,0	52,9	45,6	1,5
La Rioja	0,0	100,0	64,8	2,8	32,4
Total (*)	43,8	56,2	67,6	2,8	29,6

(*) Los datos de Ceuta y Melilla están incluidos en el total.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, *Estadísticas de la educación en España 1998-1999, 2001*; y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, *Las cifras de la educación en España. Datos estadísticos. Edición 2000, 2000*.

el País Vasco, con un elevado porcentaje de alumnos matriculados en centros públicos, mientras que en varias de ellas la oferta pública es inexistente. Estos datos contrastan con la elevada demanda que en esta etapa tienen las escuelas infantiles públicas allí donde existen, dados los medios materiales y la cualificación de los profesionales con los que cuentan. Además, los problemas de las familias con niños de esta edad se pueden agravar notablemente en algunas comunidades autónomas si se empieza a exigir de modo inmediato a los centros privados el cumplimiento de la normativa ya aprobada que regula unas condiciones mucho más exigentes para su reconocimiento y funcionamiento.

Por lo que se refiere al segundo ciclo de Educación Infantil (3-5 años), lo relevante y lo que marca las diferencias entre comunidades autónomas es la existencia o no de conciertos educativos. Desgraciadamente, la desagregación del ítem "privado" en concertado y no concertado sólo está disponible en la estadística educativa para el curso 1996/97 y para toda la Educación Infantil, aunque el segundo ciclo suponía en dicho curso el 93,9% del alumnado. En seis comunidades autónomas no había ningún centro concertado en esta etapa y sólo en el País Vasco tenían una presencia significativa. En los últimos años varias comunidades autónomas han iniciado el sistema de conciertos en Educación Infantil, pero las diferencias siguen siendo muy grandes entre unas y otras.

1.6 Vivienda

Aunque no siempre se considera un servicio propio de lo que tradicionalmente se entiende por Estado de Bienestar, en las Constituciones de los denominados Estados sociales el derecho a la vivienda aparece como un derecho ciudadano. Parece poco discutible su papel como elemento básico del bienestar e integración social de las personas. El hecho, sin embargo, de que sea al mismo tiempo uno de los principales bienes de inversión, de generación de empleo y actividad económica y de manifestación de estatus social añade una evidente complejidad a la valoración e interpretación de sus principales indicadores. La importante implicación de los tres niveles de la Administración no hace sino incrementar esa complejidad.

La tabla 11 refleja las diferencias en la accesibilidad a la vivienda por comunidades autónomas, con datos referidos a 1991 y a 1998. Lo primero que llama la atención es la sustancial mejora general que se produjo en dicho período, consecuencia básicamente de la espectacular reducción de los tipos de interés que supuso nuestro acercamiento a los criterios de acceso a la Unión Económica y Monetaria. Si bien no disponemos de datos más actualizados por comunidades autónomas, hay que señalar que en los dos últimos años ese proceso de mejora se ha interrumpido y, sobre todo en el

Tabla 11 – Evolución de la accesibilidad a la vivienda por comunidades autónomas. 1991-1998

	1991		1998	
	Accesibilidad	Comparación con la media	Accesibilidad	Comparación con la media
Andalucía	50,3	86,2	22,6	84,3
Aragón	45,2	77,3	23,2	86,2
Asturias	56,5	96,8	28,5	106,2
Baleares	30,8	52,8	15,1	56,3
Canarias	44,7	76,5	21,1	78,4
Cantabria	61,8	105,8	25,8	95,9
Castilla-La Mancha	46,1	79,0	20,8	77,4
Castilla y León	52,6	90,1	25,3	94,3
Cataluña	65,7	112,6	33,3	124,0
C. Valenciana	41,9	71,7	19,0	70,8
Extremadura	41,8	71,5	19,5	72,5
Galicia	43,7	74,8	22,7	84,6
Madrid	78,4	134,3	30,1	112,0
Murcia	42,0	72,0	19,4	72,1
Navarra	46,6	79,9	18,8	69,9
País Vasco	54,9	94,0	30,4	113,0
La Rioja	44,0	75,4	16,2	60,1
Total	58,4	100,0	26,9	100,0

Nota: Se define accesibilidad a la vivienda como el porcentaje de los ingresos anuales del hogar que habría que destinar para el pago de la primera anualidad de la amortización de un préstamo sobre el 80% del precio de la vivienda al tipo de interés del mercado hipotecario de diciembre de cada año y con un período de amortización de 15 años, suponiendo una vivienda nueva de 100 metros cuadrados construidos.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de datos de la Sociedad de Tasación; Fundación BBVA, *Renta nacional de España y su distribución provincial. Año 1995 y avances 1996-1999*, Bilbao, 2000; Banco de España, *Boletín estadístico*, varios números; INE, *Los municipios CERCA+100. España. Censos de población y viviendas 1991*, CD-Rom, 1997; y datos INE.

año 2000, las dificultades para acceder a una vivienda se incrementaron significativamente.

Aunque las diferencias entre comunidades autónomas se han atenuado respecto a 1991, en 1998 seguían siendo muy relevantes, con porcentajes que iban del 15,1% en Baleares al 33,3% en Cataluña. Como vemos, dos comunidades entre las más desarrolladas se situaban en los extremos. No existe, por tanto, una relación unívoca entre desarrollo económico y nivel de accesibilidad a la vivienda. Del mismo modo, comunidades muy dinámicas, como la Comunidad Valenciana y Navarra, presentaban una accesibilidad mucho más favorable que la de Asturias, una comunidad autónoma que ha registrado un evidente retroceso.

Aunque en la política de vivienda intervienen las tres administraciones y, por tanto, el análisis de la influencia del proceso de descentralización

resulta complejo, lo cierto es que en todas las comunidades autónomas no son pocas las personas que no pueden, con los precios actuales, adquirir una vivienda en el mercado libre. La única posibilidad que tienen de hacer efectivo este derecho es a través de las viviendas de protección oficial. La intervención de las administraciones más cercanas a los ciudadanos –la local y la autonómica– se torna crucial en la oferta de este tipo de viviendas, a través tanto de las regulaciones urbanísticas y en materia de suelo, como en la promoción y construcción de este tipo de viviendas. Y en este aspecto sí aparecen grandes diferencias por comunidades autónomas. Los datos de la tabla 12 nos permiten apreciar el tradicional protagonismo de la vivienda de protección oficial en comunidades como Extremadura, Andalucía, Navarra, Murcia y Castilla-La Mancha, cuyas tasas de accesibilidad se encuentran entre las más favorables, a lo cual contribuye precisamente ese elevado porcentaje de vivienda de protección oficial. Los porcentajes más bajos de vivienda de protección oficial corres-

Tabla 12 – Evolución de las viviendas de protección oficial terminadas por comunidades autónomas. 1980-2000

	1980			1990			2000		
	VPO	Total viviendas terminadas	%	VPO	Total viviendas terminadas	%	VPO	Total viviendas terminadas	%
Andalucía	29.288	43.444	67,4	14.115	56.655	24,9	15.884	72.552	21,9
Aragón	5.248	8.567	61,3	2.581	7.628	33,8	490	6.883	7,1
Asturias	4.960	6.524	76,0	3.054	5.800	52,7	667	5.777	11,5
Baleares	533	4.795	11,1	498	15.469	3,2	120	11.606	1,0
Canarias	1.781	7.277	24,5	1.246	18.445	6,8	1.625	9.822	16,5
Cantabria	1.468	2.006	73,2	408	1.749	23,3	130	3.172	4,1
Castilla-La Mancha	6.278	11.586	54,2	4.021	10.043	40,0	2.162	14.523	14,9
Castilla y León	10.104	16.947	59,6	4.177	13.681	30,5	1.395	15.593	8,9
Cataluña	13.612	49.290	27,6	3.965	36.700	10,8	3.222	65.243	4,9
C. Valenciana	20.388	40.741	50,0	8.775	51.496	17,0	11.559	59.786	19,3
Extremadura	3.582	3.848	93,1	3.408	4.665	73,1	2.463	2.858	86,2
Galicia	3.115	10.160	30,7	4.380	11.630	37,7	2.787	15.429	18,1
Madrid	7.461	31.409	23,8	4.118	23.539	17,5	3.118	51.248	6,1
Murcia	5.044	7.968	63,3	3.072	12.191	25,2	3.486	12.729	27,4
Navarra	4.582	4.990	91,8	1.435	3.639	39,4	1.353	5.394	25,1
País Vasco	7.645	10.886	70,2	953	5.517	17,3	1.764	11.870	14,9
La Rioja	1.004	2.457	40,9	526	2.141	24,6	628	2.290	27,4
Total (*)	126.093	262.931	48,0	60.803	281.059	21,6	52.853	366.775	14,4

(*) Los datos de Ceuta y Melilla están incluidos en el total.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Fomento, *Anuario estadístico*, varios años.

ponden, en general, a comunidades autónomas desarrolladas o a otras con rasgos muy específicos: la alta demanda turística en Baleares o la notable influencia del aumento de renta derivado de las subvenciones de la PAC en el auge inmobiliario de las ciudades de Castilla y León en los últimos años.

1.7 Servicios sociales

En el siguiente apartado se incluye un estudio pormenorizado de las diferencias en la dotación de servicios sociales en cada comunidad autónoma. Baste citar aquí algunos de los rasgos más sobresalientes que se deducen de la información disponible. Los avances logrados en la coordinación de las diferentes administraciones implicadas en el desarrollo de la red primaria de servicios sociales han hecho que el grado de universalización de estos servicios alcance niveles casi máximos en la mayoría de las comunidades autónomas. Sólo en unas pocas comunidades, debido a realidades muy singulares, persisten municipios fuera del ámbito del Plan

Tabla 13 – Evolución de los municipios cubiertos por el Plan Concertado de Servicios Sociales por comunidades autónomas. 1994-1998

	1994			1998		
	Plan Concertado	Total	%	Plan Concertado	Total	%
Andalucía	766	766	100,0	770	770	100,0
Aragón	729	729	100,0	704	729	96,6
Asturias	73	78	93,6	78	78	100,0
Baleares	67	67	100,0	67	67	100,0
Canarias	84	87	96,6	87	87	100,0
Cantabria	102	102	100,0	102	102	100,0
Castilla-La Mancha	75	915	8,2	75	915	8,2
Castilla y León	2.142	2.248	95,3	2.247	2.247	100,0
Cataluña	932	942	98,9	944	944	100,0
C. Valenciana	70	539	13,0	339	540	62,8
Extremadura	373	380	98,2	383	384	99,7
Galicia	313	313	100,0	315	315	100,0
Madrid	179	178	100,6	179	179	100,0
Murcia	44	45	97,8	44	45	97,8
La Rioja	169	174	97,1	174	174	100,0
Total	6.118	7.563	80,9	6.508	7.576	85,9

Nota: Las comunidades de Navarra y País Vasco no están incluidas en el Plan Concertado de Servicios Sociales.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Memoria del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en corporaciones locales*, varios años.

Concertado. Aun así, también en ellas ha aumentado considerablemente el número de municipios cubiertos hasta alcanzar casi la totalidad (tabla 13).

Los datos anteriores, sin embargo, no deben interpretarse como indicativos de una plena igualdad de acceso a estos servicios en los distintos territorios. Las cifras de usuarios, tanto en términos absolutos como relativos, difieren considerablemente (tabla 14). En Extremadura, por ejemplo, el número de usuarios por cada 1.000 habitantes es seis veces mayor que en Madrid. Podría esgrimirse, a priori, que parte de estas diferencias estarían justificadas, de nuevo, por la diversidad de las estructuras demográficas regionales. De manera similar a lo que pasa en sanidad e inversamente a lo que sucede en educación, existe un posible vínculo entre el porcentaje de personas mayores en cada comunidad autónoma y la utilización de los servicios sociales. Pese a la lógica de ese argumento, los datos disponibles no confirman este supuesto. Existen otras razones que deben explicar esas diferencias de acceso. Dichos argumentos se revisarán en la siguiente sección.

Tabla 14 – Usuarios reales de los centros de servicios sociales por comunidades autónomas. 1998

	Usuarios	Tasa por 1.000 habitantes
Andalucía	599.791	83,44
Aragón	135.618	115,39
Asturias	38.539	36,35
Baleares	35.864	48,67
Canarias	182.971	115,09
Cantabria	29.800	56,61
Castilla-La Mancha	306.929	179,77
Castilla y León	310.159	124,26
Cataluña	356.640	58,86
C. Valenciana	299.704	76,24
Extremadura	201.521	186,51
Galicia	372.045	136,95
Madrid	160.125	31,85
Murcia	78.539	71,56
La Rioja	16.223	62,52
Total	3.124.468	85,25

Nota: Las comunidades de Navarra y País Vasco no están incluidas en el Plan Concertado de Servicios Sociales.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Memoria del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en corporaciones locales 1998-1999*; e INE, *Anuario estadístico 1998, 1999*.

2. Problemas de equidad en la descentralización de los servicios de bienestar

El Gobierno español ha negociado con las comunidades autónomas que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución la transferencia de los servicios de asistencia sanitaria, única competencia de envergadura que quedaba por traspasar. Con la finalización de dicho traspaso, puede afirmarse que, en lo esencial, el reparto de competencias queda culminado según el diseño previsto en la Constitución. Como dicha competencia sanitaria representa un volumen importante de gasto público (alrededor del 40% en algunas comunidades), el reparto global de éste entre los diversos niveles de gobierno va a resultar más equilibrado y, en consecuencia, el peso del gasto central disminuirá sensiblemente.

Por otra parte, la consolidación de buena parte de los servicios de bienestar en España en fecha reciente plantea algunas dudas sobre los efectos que puedan producirse con motivo de la finalización del reparto de competencias y del nuevo sistema de financiación que se acaba de aprobar, sustentado sobre criterios más exigentes de corresponsabilidad fiscal.

Los argumentos a favor de la descentralización de servicios pueden centrarse en tres: los servicios públicos deben asignarse a aquella jurisdicción capaz de conocer mejor las preferencias de los ciudadanos y atender más adecuadamente sus demandas; la descentralización, por la vía de la competencia, puede servir de estímulo a la mejora de las prestaciones e incentivar la innovación; la mayor proximidad de la administración a los ciudadanos facilita el control y la exigencia de responsabilidades por parte de éstos respecto a la actuación de aquélla.

Desde una perspectiva opuesta, se argumentan los peligros de una excesiva descentralización, o de un proceso de reparto de competencias llevado a cabo sin las necesarias cautelas, a partir de tres motivos principales: la eventual pérdida de las economías de escala que se produce cuando disminuye el volumen de las prestaciones; la merma de efectividad de las políticas como consecuencia de la movilidad de los ciudadanos; y, por último, los problemas de equidad horizontal que pueden aparecer como consecuencia de la provisión descentralizada de los servicios básicos de bienestar.

Esta discusión sobre los argumentos a favor y en contra de la descentralización de servicios –que ha sido objeto de reflexión continuada desde el comienzo de la formación del Estado autonómico español– cobra especial relevancia ahora, cuando, como se comentaba, finaliza una larga etapa de transferencias de servicios y hay que empezar a pensar en las repercusiones en términos de eficiencia y equidad que este nuevo diseño está generando. En lo que sigue se analizan algunos ejemplos de los problemas y las ventajas que se pueden derivar de la descentralización de determinadas prestaciones y servicios básicos de bienestar.

2.1 Notables diferencias en las políticas de garantía de rentas

La singularidad territorial del sistema español de garantía de ingresos

Las políticas de garantía de rentas constituyen uno de los ejemplos paradigmáticos en el debate sobre la descentralización territorial de los sistemas de bienestar. El reconocido efecto de estas prestaciones sobre el bienestar de los hogares, la absorción de recursos que supone esta función sobre el total de ingresos públicos y la intensidad del debate político que a menudo envuelve su valoración sitúan estas prestaciones en el centro de la discusión sobre las bondades y virtudes de la descentralización de la producción de bienestar. Prueba de ello son las tensiones surgidas al hilo de los intentos de algunos gobiernos autonómicos de elevar las cuantías de las prestaciones fijadas por el Gobierno central.

El modelo español de garantía de rentas presenta rasgos singulares en el contexto de los sistemas de bienestar europeos. El diseño de instrumentos que tratan de cubrir los riesgos generales de inseguridad económica corresponde con carácter exclusivo a los gobiernos autonómicos. Son los programas de rentas mínimas, normalmente vinculados a medidas de inserción socioeconómica para los beneficiarios. Cada comunidad autónoma ha diseñado un programa específico, con cuantías, dotación presupuestaria y acompañamiento de los servicios sociales diferentes. La ausencia de coordinación ha dado lugar a experiencias muy desiguales, con una cobertura de la población vulnerable muy distinta en cada territorio.

Los sistemas autonómicos de rentas mínimas son, sin embargo, una realidad cuantitativa relativamente débil respecto a otras prestaciones asistenciales. Frente a un número cercano a 80.000 prestaciones de rentas mínimas gestionadas en el ámbito autonómico, las pensiones no contributivas de vejez e invalidez suman cerca de 500.000 titulares. Su puesta en marcha a comienzos de los años noventa supuso un hito en el proceso de cobertura de una carencia tradicional del sistema español de mantenimiento de rentas. Estas prestaciones, a diferencia de las anteriores, son suministradas por el Gobierno central, y en los últimos años se ha producido un intenso debate sobre la determinación centralizada de las cuantías de las mismas. Dentro de esta discusión se ha obviado, sin embargo, lo que podría constituir la principal fuente de controversia: en qué medida es legítimo el establecimiento de cuantías iguales para ciudadanos residentes en distintas autonomías cuando las diferencias en los niveles de precios en cada territorio son amplias. La provisión a los hogares beneficiarios de estas prestaciones de distintas capacidades para hacer frente a sus gastos puede constituir una fuente importante de desigualdad interterritorial en

la cobertura de los derechos sociales, dando lugar a un problema de diseño sub-óptimo de la protección social.

Esta combinación de dos instrumentos diferentes de garantía de ingresos (uno completamente descentralizado, destinado a cubrir los riesgos de inseguridad económica de carácter general, y otro totalmente centralizado dirigido a la cobertura de riesgos específicos) hace de la experiencia española una realidad singular en el contexto europeo. La mayoría de los países de la Unión Europea, incluso aquellos cuyos gobiernos territoriales no tienen competencias en el diseño de las prestaciones o que carecen de procedimientos de diferenciación territorial de las cuantías, cuentan con algún tipo de fórmula de financiación compartida. En el caso español, sin embargo, la ausencia de mecanismos de responsabilidad compartida en la financiación de los programas dificulta una adecuada cobertura de las situaciones de insuficiencia de ingresos. Además, la existencia de capacidades presupuestarias muy diferentes puede dar lugar a prestaciones de intensidad y cuantía también muy distintas. Hasta el punto de que las comunidades con mayor nivel medio de renta podrían ofrecer una cobertura muy superior a la de otras con menores recursos y mayor incidencia de la pobreza.

La singular división de competencias adoptada en el sistema español de garantía de rentas tiene su origen en la ambigüedad presente en el tratamiento competencial de estas prestaciones en la Constitución española y en el rechazo de la Administración Central a la puesta en marcha de una renta mínima nacional. A mediados de los años ochenta comenzaron a cobrar fuerza las reivindicaciones de establecimiento de una renta mínima, impulsadas por un variado elenco de agentes sociales. Ya fuera a través de los responsables de acción social de los gobiernos territoriales, las organizaciones no gubernamentales o las centrales sindicales, aumentaron las demandas de puesta en marcha de una renta mínima general. La opción escogida por la Administración Central fue –como se ha señalado– negar la creación de un programa general de rentas mínimas para todo el país y desarrollar a cambio una política de mínimos específicos, a través de la Ley de Pensiones no Contributivas.

Frente a esta negativa, algunos gobiernos territoriales comenzaron a desarrollar las atribuciones normativas que en materia de asistencia social les confiere el artículo 148 de la Constitución, con la creación de los primeros sistemas de rentas mínimas. El desarrollo de los primeros programas suscitó un intenso debate político. El Gobierno central se opuso inicialmente a este desarrollo, amenazando incluso con interponer recurso ante el Tribunal Constitucional. No fue suficiente obstáculo, sin embargo, para que cada comunidad autónoma tarde o temprano desarrollara su propio sistema a partir de la experiencia pionera del País Vasco, que repetía a

su vez el esquema establecido en Francia a mediados de los años noventa⁶. La puesta en marcha del primer programa autonómico de rentas mínimas desencadenó un efecto-dominó, que provocó el posterior desarrollo en cada comunidad autónoma de su propio dispositivo.

La interpretación que las comunidades autónomas hicieron del texto constitucional ha sido objeto de un intenso debate. La divergencia en las cuantías y en la dotación de recursos y, sobre todo, la desigualdad que impone la ausencia de instrumentos efectivos de coordinación suscitó una amplia polémica desde la fundación de los primeros programas autonómicos. Si bien la Constitución española establece en el artículo 148 que las competencias en asistencia social corresponden a las comunidades autónomas, en el artículo 41 queda claro que el Estado está obligado a garantizar asistencia y prestaciones sociales suficientes en caso de necesidad. Además, el primer artículo y el noveno, en su segundo apartado, de la Carta Magna fijan la competencia exclusiva del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos.

Por otra parte, la propia Constitución establece en el artículo 150.3 que el Estado podrá dictar leyes que fijen los principios necesarios para armonizar las disposiciones normativas de las comunidades autónomas, incluso en el caso de materias atribuidas a la competencia de éstas, cuando así lo exija el interés general. En esta línea parecen apuntar algunas iniciativas políticas recientes, con una serie de acciones compartidas entre la Secretaría General de Asuntos Sociales y las Direcciones Generales de Acción Social de las comunidades autónomas, de cara a consensuar una serie de propuestas concretas encaminadas a homogeneizar las rentas mínimas de inserción⁷. Como tales organismos reconocen, es un proceso que, a pesar de ser viable jurídicamente, requiere compromisos económicos de coparticipación en la financiación y acuerdos políticos sobre las materias que se desea armonizar y sobre las fórmulas jurídicas adecuadas para llevar a cabo esta tarea.

En cualquier caso, los avances se han producido más en el plano del debate que en desarrollos normativos concretos. Por tanto, siguen abiertos distintos interrogantes sobre la eficacia de la descentralización o no de la protección asistencial. El más relevante es, sin duda, la posible generación de desigualdades interterritoriales en el tratamiento del problema de la insuficiencia de ingresos. La provisión de distintas capacidades de gasto im-

⁶ Existe una diferencia sustancial con Francia: allí la renta mínima nacional nació a partir de las experiencias municipales, mientras que en el caso español el desarrollo ha sido exclusivamente autonómico.

⁷ Véase Secretaría General de Asuntos Sociales, *Jornadas sobre Rentas Mínimas de Inserción*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998, mimeo.

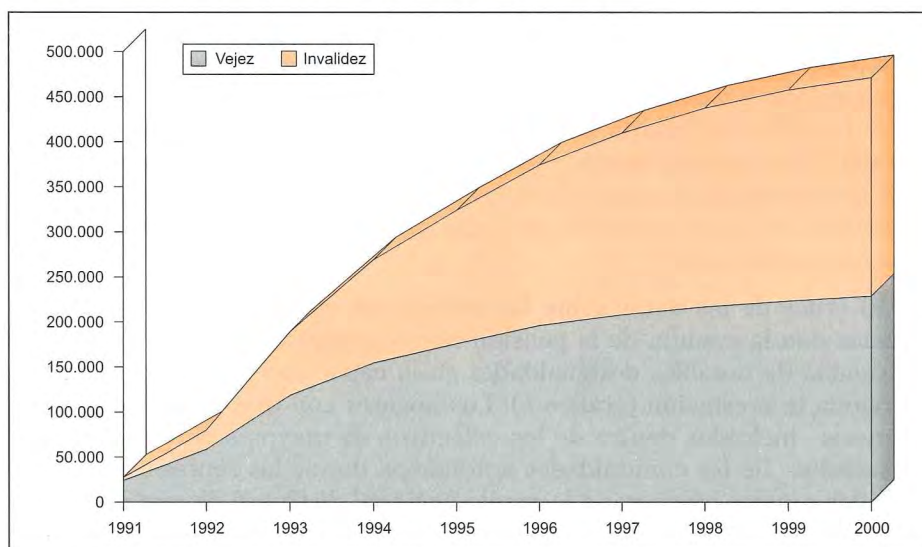
plícita en el desarrollo de prestaciones de iguales cuantías para todo el territorio (y, en consecuencia, sometidas a diferentes niveles de precios), en el caso de las pensiones no contributivas, y el pago de cuantías muy diferentes, en el caso de las rentas mínimas, constituyen una doble fuente de desigualdad interterritorial.

¿Generan desigualdades las prestaciones “iguales”?

La previsión normativa más destacada en el sistema español de protección asistencial es la Ley de Pensiones no Contributivas de 1990. Dicha ley reguló el acceso a un nivel mínimo de protección económica que trataba de paliar el riesgo de pobreza de determinados grupos de la población. Se trataba concretamente de las personas mayores de 65 años o de las afectadas por una minusvalía importante que no hubieran alcanzado el nivel suficiente de cotizaciones para acceder al sistema contributivo y que no superaran un determinado umbral de renta disponible por hogar.

Desde su puesta en marcha en 1990 hasta el momento actual, estas prestaciones han extendido su cobertura hasta alcanzar un volumen de beneficiarios cercano al medio millón (gráfico 5). Después de un fuerte impulso en los años de puesta en marcha del nuevo sistema, la expansión no se ha detenido, a pesar de los cambios de ciclo económico a lo largo del período, habiéndose producido una notable recuperación en la segunda mitad

Gráfico 5 – Evolución de las pensiones no contributivas. 1991-2000



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Boletín de Estadísticas Laborales*, varios números.

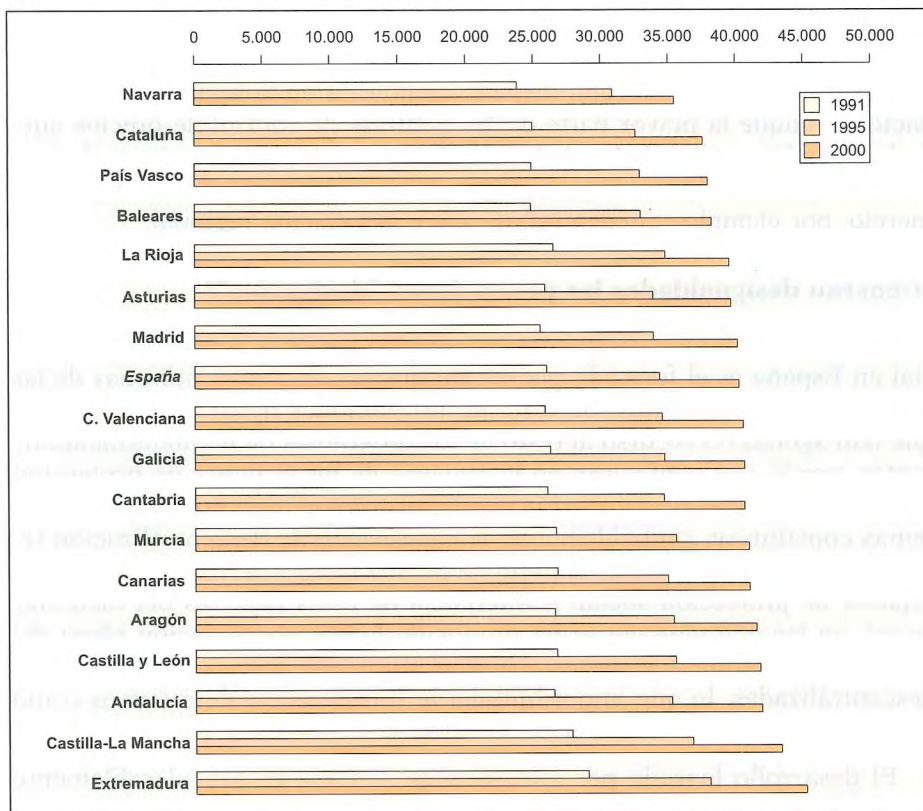
de los años noventa. Esta relativa insensibilidad de las cifras de beneficiarios a las oscilaciones cíclicas de la actividad económica parece indicar la existencia de un fuerte componente estructural en la demanda de estas prestaciones. Se trata, en cualquier caso, de un comportamiento lógico, dadas las características de los demandantes potenciales, por definición inactivos y en cierto modo ajenos al ritmo vigente de creación de empleo en cada momento.

El hecho de contar con cerca de medio millón de beneficiarios hace de estas prestaciones un instrumento de notable alcance en la reducción de la inseguridad económica y de las desigualdades de renta entre los hogares. Sin embargo, para analizar el efecto que puede tener el diseño centralizado del sistema, la cuestión clave es determinar hasta qué punto el establecimiento de cuantías iguales para todo el territorio puede generar algún tipo de desigualdad. Concretamente, el hecho de pagar prestaciones iguales supone aceptar implícitamente que el aumento del bienestar es similar en cualquier hogar que las recibe. El bienestar final de cada hogar dependerá del modo en que se puedan traducir esas cuantías en renta disponible o, más exactamente, en capacidad de consumo de bienes y servicios. La variable clave que determina esa relación es, por lo tanto, el nivel de los precios.

Como se señalaba en el capítulo anterior, el coste de la vida difiere sustancialmente entre las distintas comunidades autónomas. De tal manera que por el mero hecho de pagar prestaciones de igual cuantía se producen automáticamente desigualdades en el aumento de la capacidad económica de los hogares generada por las pensiones no contributivas. Concretamente, esta capacidad adquisitiva de las prestaciones será, como es lógico, inferior en aquellas comunidades autónomas donde el nivel de precios es más alto que la media nacional y superior donde el coste de la vida es más bajo. Por lo tanto, podría decirse que los ciudadanos pobres de las comunidades con menores rentas y precios más bajos disfrutaban de una intensidad protectora de estas prestaciones superior a la correspondiente a otros individuos en igual situación pero que viven en territorios con niveles de precios más elevados.

El cruce de los datos sobre las diferencias en los niveles absolutos de precios con la cuantía de la pensión no contributiva permite confirmar la existencia de notables desigualdades en la capacidad adquisitiva que proporciona la prestación (gráfico 6). Los hogares con mayor insuficiencia de ingresos –incluidos dentro de los colectivos de mayores de 65 años o minusválidos– de las comunidades autónomas donde las rentas son más bajas y los precios inferiores a la media nacional disfrutaban de una protección pública superior a la de los ciudadanos con ese mismo nivel de bajos ingresos, pero residentes en territorios donde las rentas y los precios son más elevados. En una posición muy superior a la media nacional se encuentran

Gráfico 6 – Evolución de las cuantías de las prestaciones no contributivas en paridades de poder de compra por comunidades autónomas. En pesetas mensuales. 1991-2000



Fuente: Ayala, L., Martínez, R. y Ruiz-Huerta, J., *La descentralización territorial de las prestaciones asistenciales: efectos sobre la igualdad*, Instituto de Estudios Fiscales, 2001 (documento de trabajo).

Extremadura, Castilla-La Mancha, Andalucía y Castilla y León, mientras que lo contrario sucede en Navarra, Cataluña, País Vasco y Baleares. Cabe hablar, además, de un aumento de las diferencias a lo largo de los años noventa, al crecer más los precios en las comunidades que ya partían de los niveles más altos.

Parece necesario, por tanto, considerar las posibles diferencias que pueden darse en la capacidad adquisitiva de la prestación si se quiere preservar el objetivo de tratamiento igual de ciudadanos iguales. El traslado a la práctica, sin embargo, de este argumento exige la consideración de otros aspectos. Un ajuste de las prestaciones no contributivas o de otras prestaciones y servicios que tuviera en cuenta sólo los precios podría generar otro tipo de desigualdades. Parece lógico pensar que en los territorios con renta más alta y mayores recursos presupuestarios la dotación de servicios para la población más pobre es superior a la de otras zonas, lo que podría

compensar parcialmente la menor capacidad adquisitiva de las prestaciones sociales. Por otro lado, el establecimiento de mecanismos de diferenciación de las cuantías, con prestaciones más altas allí donde los precios son mayores, podría penalizar a los ciudadanos pobres residentes en las comunidades autónomas con mejores resultados en la lucha contra la inflación. Aunque la mayor parte de las políticas de control de precios queda lejos de las posibilidades de las administraciones autonómicas, algunas actuaciones en el marco de sus competencias –en materia de vivienda o comercio, por ejemplo– pueden influir sobre la inflación regional.

¿Generan desigualdades las prestaciones “desiguales”?

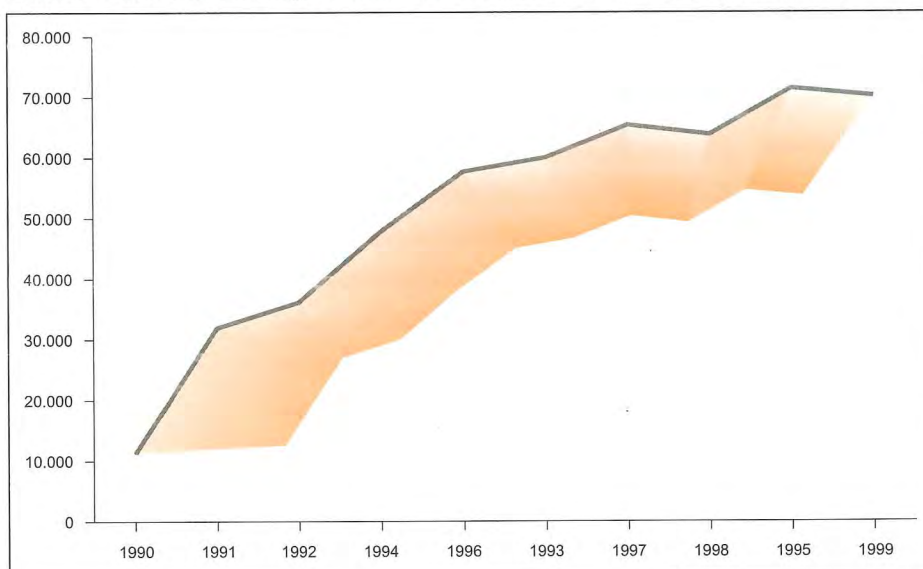
Como se señaló anteriormente, el segundo eje de la protección asistencial en España es el formado por los programas de rentas mínimas de las comunidades autónomas. Se trata de prestaciones destinadas a hogares que han agotado el recurso al resto de los programas de mantenimiento de rentas, por lo que configuran en la mayoría de los sistemas de protección social la última red de protección económica. En el caso español, tales sistemas constituyen, probablemente, la experiencia de descentralización territorial más completa del conjunto de prestaciones y servicios del sistema español de protección social. A diferencia de otras parcelas del bienestar social, en las que también se ha producido la descentralización plena del diseño y la gestión, las rentas mínimas surgieron ya como prestaciones descentralizadas, lo que imposibilitaba la transferencia de recursos como se hizo en el caso de otros servicios como la sanidad o la educación⁸.

El desarrollo logrado por este peculiar sistema es considerablemente más limitado que en el caso de las pensiones no contributivas. Si bien la tendencia ha sido al alza, las cifras han moderado la dinámica expansiva del período inicial, alcanzando una cifra final muy inferior a la de las otras prestaciones revisadas anteriormente. Se trata, por tanto, de un instrumento –a diferencia de otros países– poco relevante en el conjunto de la protección asistencial, con poco más de 70.000 hogares beneficiarios (gráfico 7), que equivalen a algo más de 180.000 personas.

Pese a la reducida cifra, en la mayoría de las comunidades autónomas se trata del último recurso de la protección social, lo que dota a esta figura de una importancia cualitativa muy superior a la cuantitativa. Por dicho motivo, la falta de coordinación entre los distintos sistemas puede dar origen a la generación de importantes desigualdades, lo que implica tratamientos muy diferentes de la población pobre en las distintas autonomías. Una manera inmediata de comprobar estas diferencias es, como en el caso anterior, relacionar las cuantías con los niveles de precios vigentes en cada

⁸ En otros términos, no existían dotaciones presupuestarias explícitas en las comunidades no forales para financiar estas prestaciones.

Gráfico 7 – Evolución de los hogares beneficiarios de las rentas mínimas en España. 1990-1999



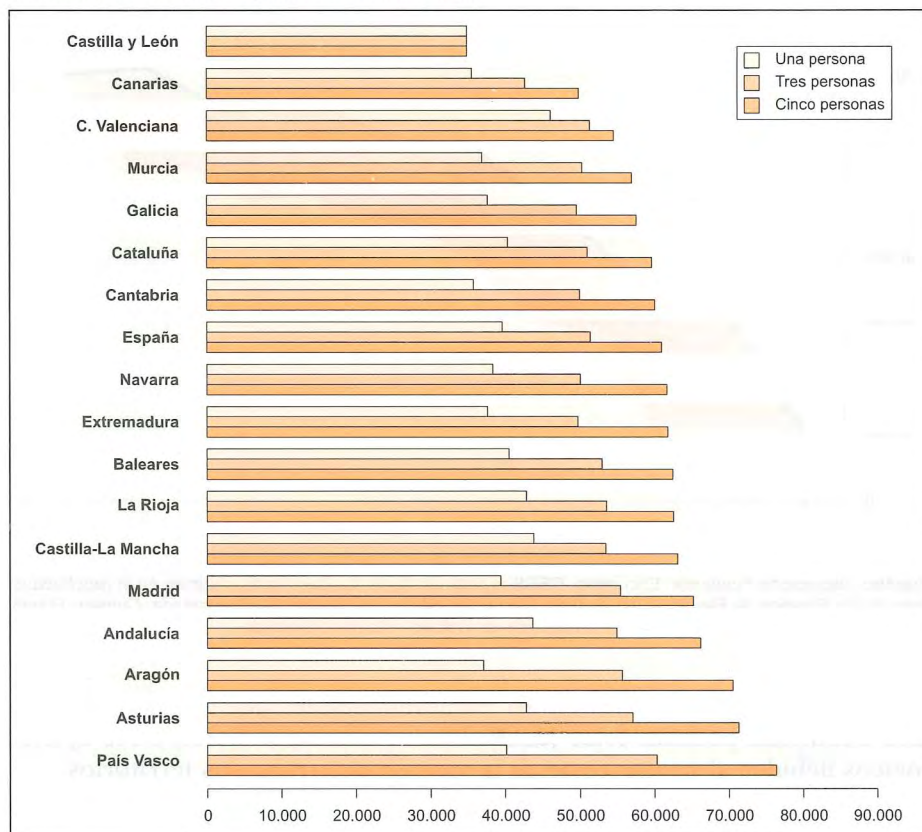
Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ayala, L., *Las rentas mínimas en la reestructuración de los Estados de Bienestar: un análisis económico desde una perspectiva comparada*, Consejo Económico y Social, Madrid, 2000; y datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

territorio. Las disparidades en los baremos establecidos en cada comunidad autónoma podrían estar justificadas si correspondieran a los ajustes lógicos debidos al mayor coste de la vida en determinados territorios.

Las diferencias entre los valores mínimos y máximos son mucho más acusadas que en el caso de las pensiones no contributivas. Entre las comunidades autónomas donde la renta mínima ajustada es muy superior a la media destacan el País Vasco y Asturias, que ofrecen una intensidad protectora –medida por la cantidad real de renta que se transfiere a los hogares– muy superior a la de otros territorios (gráfico 8). En el extremo opuesto se sitúan Canarias y, sobre todo, Castilla y León. En el caso de los hogares de mayor dimensión, que reciben un tratamiento más negativo que los unipersonales o los que tienen un número reducido de miembros, la distancia entre el valor máximo y el mínimo equivale a más de medio millón de pesetas al año.

La magnitud de las diferencias en las cuantías provoca que, aunque en la mayoría de las comunidades autónomas las prestaciones son insuficientes para superar el umbral de pobreza, algunas protegen ese riesgo mucho mejor que otras. Por debajo de la media nacional figuran la mayoría de las comunidades autónomas con menor nivel de renta y tasas de pobreza más altas, mientras que por encima se encuentran las que disfrutan de rentas superiores al promedio nacional. De tal manera que es posible establecer

Gráfico 8 – Evolución de las cuantías de las rentas mínimas en paridades de poder de compra por comunidades autónomas. En pesetas mensuales. 1998



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de datos INE; y datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

una relación entre los recursos de cada comunidad autónoma y la cobertura del riesgo de pobreza.

Tal conclusión se verifica cuando se utilizan otros indicadores. Uno de ellos puede ser, aparte de las cuantías, el gasto relativo de cada administración regional en estos programas⁹. Para ello puede dividirse el gasto en rentas mínimas por la población correspondiente. Los datos disponibles sugieren, aunque no se pueda verificar una relación completamente lineal, que el esfuerzo financiero es superior en las comunidades con mayor renta per cápita y con mayor disponibilidad de recursos presupuestarios. A una conclusión similar se llega cuando se comparan otros indicadores de

⁹ Véase Fundación Encuentro. CECS, "Aspectos económicos de la exclusión y políticas de integración", *Informe España 2001*, Madrid, 2001.

la cobertura ofrecida por los programas, como el porcentaje de hogares pobres que acceden a las prestaciones o el gasto realizado no sólo por habitante sino por cada hogar con ingresos inferiores al umbral de pobreza¹⁰.

Se estaría dando, por lo tanto, un tratamiento desigual a ciudadanos afectados por una misma restricción de ingresos. Las diferencias van mucho más allá de las relacionadas con el coste de la vida en cada territorio y se traducen en una clara acumulación de desventajas por parte de los ciudadanos más pobres que residen en las comunidades autónomas con rentas inferiores a la media nacional. Parece urgente, por tanto, la búsqueda de nuevas fórmulas de coordinación, con el establecimiento de algún tipo de sistema de mínimos que garantice mayores dosis de igualdad en la cobertura de los hogares con rentas más bajas y en el que se definan mecanismos de transferencia de recursos que aseguren la viabilidad de las prestaciones en los territorios más pobres. Esta base mínima debería ser compatible, en cualquier caso, con las opciones de mejora que cada comunidad autónoma quisiera asumir.

2.2 Sanidad: garantía de servicios mínimos y financiación

Acaba de finalizar el proceso de traspaso de los servicios del Insalud a las comunidades autónomas que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución y que aún no habían recibido esta competencia. Se trata de la partida de gasto más importante –cuantitativamente– de las comunidades autónomas.

El Sistema Nacional de Salud español (SNS) se integra, en el marco de los sistemas comparados, entre los “servicios nacionales de salud”, caracterizados por la garantía de protección universal y la financiación con cargo a impuestos generales. No obstante, en España se ha llegado a esta situación a partir de un sistema “de Seguridad Social”, en el que la protección sanitaria se vinculaba a la actividad laboral y su financiación se efectuaba mayoritariamente con cargo a las cotizaciones sociales.

La paulatina extensión de los colectivos cubiertos por el sistema, junto con el aumento progresivo de la financiación sanitaria con cargo a los Presupuestos Generales del Estado¹¹, acabó de concretar el cambio citado. En la actualidad, la red asistencial fundamental del SNS está constituida por

¹⁰ Véase Ayala, L., *Las rentas mínimas en la reestructuración de los Estados de Bienestar: un análisis económico desde una perspectiva comparada*, Consejo Económico y Social, Madrid, 2000.

¹¹ Esta cesión de la sanidad desde la Seguridad Social al ámbito presupuestario general se compensó en parte por la inclusión de algunas prestaciones (como las no contributivas) en el marco financiero del sistema de Seguridad Social.

los centros que son todavía patrimonio de la Seguridad Social, lo que sirve para recordar la evolución mencionada¹².

La vinculación original de la sanidad con la Seguridad Social está también en el origen de la existencia de un sistema de financiación específico hasta el reciente acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiero, al margen del sistema de financiación autonómica general. Las comunidades que recibieron las competencias sanitarias financian estos servicios a través de una transferencia específica procedente del sistema de Seguridad Social.

La principal diferencia del sistema sanitario español respecto a otros “servicios nacionales de salud” y, en concreto, al NHS del Reino Unido, que constituyó el modelo de referencia, es que desde su origen, vinculado al cambio democrático, se ha debido adaptar a un proceso de descentralización que no se ha producido en otros países con servicios nacionales de salud semejantes.

En el marco internacional, sólo Canadá tiene una organización territorial parecida a la española, aunque el proceso seguido para la constitución de su servicio sanitario universal fue exactamente el contrario, de carácter federativo y “ascendente”. Por el contrario, en España han coincidido la universalización de la asistencia sanitaria con la descentralización de su gestión.

Esta organización descentralizadora se acaba de cerrar –como ya se ha dicho– y todas las comunidades autónomas han asumido la competencia de gestión de la asistencia sanitaria. No obstante, ni la Constitución ni las normas que la desarrollan, como la Ley General de Sanidad de 1986, determinan un sistema organizativo, financiero y de distribución de competencias claro para el momento en que se haya completado el traspaso de las competencias citadas a todas las comunidades autónomas.

España, en comparación con otros países de la OCDE, mantiene un nivel global de gasto sanitario ligeramente por debajo de lo que le correspondería en relación con las cifras de su PIB. La demanda de servicios sanitarios es sensible al crecimiento de la producción y la renta, de modo que, en el marco de los sistemas comparados, parece confirmarse la relación entre el aumento de la renta y el del gasto en servicios sanitarios. Sin embargo, el proceso de descentralización de competencias sanitarias que ha tenido lugar hasta ahora en España parece haber provocado una desviación creciente del gasto en sanidad, en parte justificado por la ausencia de corresponsabilidad fiscal del modelo de financiación autonómica.

¹² Sólo quedan al margen del SNS algunos colectivos concretos, fundamentalmente funcionarios civiles, militares y de la Administración de Justicia; en total unos dos millones de personas.

Además de la desviación anterior, la descentralización de los servicios sanitarios que se ha producido hasta nuestros días plantea un conjunto de riesgos de generación de desigualdades en los diversos territorios¹³:

▶ En el ámbito de la planificación y la legislación se pueden producir desigualdades en el reconocimiento de derechos y obligaciones de los ciudadanos. En esa dirección, por ejemplo, sólo algunas comunidades han reglamentado el derecho a la asistencia a inmigrantes ilegales. O, desde otro punto de vista, existen diferencias en la elección de los servicios profesionales. Algunas comunidades, como Andalucía, no sólo reconocen el derecho a la elección de médico, sino también el de la libre elección de especialista y hospital (dentro de la red pública).

▶ La cobertura de los programas de atención primaria y secundaria presentan también diferencias significativas en ámbitos como los programas de salud medioambiental, de salud bucodental de los niños o prevención del cáncer de mama.

▶ También se observan tratamientos diferenciales en relación con las listas de espera. Algunas comunidades han reglamentado tiempos máximos de espera que, una vez sobrepasados, dan derecho a los pacientes a acudir a clínicas privadas para conseguir la atención necesaria y reclamar después los gastos a las autoridades autonómicas.

En términos de gestión, la descentralización ha supuesto también un aumento de la diversidad en relación con la autonomía de los centros, el aumento de la competencia y la incorporación de nuevas formas jurídicas (fundaciones, empresas públicas sanitarias, consorcios o fórmulas parecidas a la PFI –iniciativa de inversión privada– británica, como ocurre con el hospital de Alzira en la Comunidad Valenciana). No parece, sin embargo, que las nuevas formas de gestión estén implicando efectos sustanciales sobre la equidad, entre otras razones porque se trata de cambios orientados a intentar mejoras de eficiencia en los centros sanitarios.

En todo caso, respecto al primer impulso renovador, en los dos últimos años las propuestas de cambio parecen paralizadas, especialmente en el ámbito del denominado “Insalud gestión directa”.

De cara a la definición del nuevo modelo de financiación sanitaria, hay que subrayar la incapacidad de numerosas comunidades autónomas para sostener su voluminoso gasto sanitario sólo con los impuestos recaudados en sus propios territorios¹⁴, algo que ocurre también en otros países en si-

¹³ Véase González López-Valcárcel, B., “Situación y resultados de la descentralización sanitaria española”, *Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias*, Confederación Sindical de CC.OO., Madrid, 2001, p. 191-203.

¹⁴ La reciente aprobación del impuesto adicional sobre la gasolina para financiar el gasto sanitario autonómico es una clara muestra del problema de suficiencia planteado.

tuaciones semejantes, como es el caso de Italia. Ello aboca a la necesidad de aplicar mecanismos solidarios de financiación que, a la vez, sean capaces de estimular la eficiencia en el gasto de cada una de las administraciones autonómicas. A este respecto, es interesante comprobar que en algunos países una parte de la necesaria financiación de origen central está condicionada a que los gobiernos subcentrales que gestionan la asistencia sanitaria (equivalentes a nuestros gobiernos autonómicos) mantengan ciertas condiciones en la prestación de los servicios que garanticen la universalidad de la atención.

En definitiva, la descentralización total de la sanidad (incluyendo la financiación) suscita una serie de preocupaciones que deberían tomarse en consideración:

- La disparidad de las normativas puede dar lugar a modelos de provisión de la asistencia sanitaria muy diferentes con prestaciones distintas en campos como el alcance de las prestaciones, la libre elección de servicios profesionales o las listas de espera.

- Los modelos que pongan el énfasis en la progresiva privatización de centros o servicios pueden dar lugar a la aplicación dispar de mecanismos de copago y, en consecuencia, a pagos diferenciales para las mismas prestaciones.

- Desde la perspectiva del gasto sanitario, un sistema más descentralizado y sin mecanismos adecuados de control y coordinación puede implicar una tendencia al crecimiento, también diferenciado, del gasto. Esto es especialmente importante en el caso del gasto farmacéutico, que consume en la actualidad más del 25% del gasto sanitario público, muy por encima de las pautas de comportamiento de otros sistemas sanitarios.

- La financiación descentralizada del gasto sanitario debe tener en cuenta –como se señala en el último acuerdo de financiación autonómica– la peculiaridad de este gasto, la diferente capacidad fiscal de los distintos territorios y la necesidad de garantizar las prestaciones fundamentales (incluyendo las más costosas y sofisticadas, cuando sean necesarias) a todos los ciudadanos, con independencia del territorio en el que viven. Este último criterio, por otra parte, no es sino la expresión del principio de universalidad y garantía de acceso a los servicios sanitarios recogido en la Constitución y en las leyes de desarrollo.

Debemos reconocer, sin embargo, que la adecuación entre los principios de autonomía y de solidaridad (y equidad) es especialmente compleja en el caso de este servicio. Es preciso alcanzar acuerdos sobre mínimos homogéneos, pero, al mismo tiempo, el objetivo de pretender garantizar la equidad no puede convertirse en pretexto para acabar con la autonomía.

En cualquier caso, mientras se acaba de consolidar el modelo global descentralizado, parece imprescindible incrementar sensiblemente la información sobre el funcionamiento del sistema (los sistemas) en la actualidad. Es muy difícil conseguir un sistema de salud descentralizado adecuado si no se conocen muchos de los datos del funcionamiento actual de los servicios sanitarios. Por eso, es importante reforzar la transparencia y aumentar la información sobre los servicios sanitarios y los recursos que los financian en los diversos territorios.

2.3 *Los programas de ayuda a la educación*

Como se ha mencionado en el apartado anterior y se señala en el capítulo 2 de este Informe, en nuestros días se puede afirmar que, en el caso español, persisten importantes desigualdades entre comunidades en terrenos como el gasto público en educación, el gasto medio por alumno, el grado de escolarización, los equipamientos escolares, etc., lo que estaría originando una cierta diferencia entre ellas en términos de posibilidades o capacidades educativas. Pero estos datos, procedentes de estadísticas oficiales, sólo ofrecen una parte del panorama educativo, que debe completarse con otras perspectivas.

En realidad, la provisión de la educación por parte del sector público responde fundamentalmente a razones de equidad. El reconocimiento formal del principio de equidad se traduce en el derecho que tienen todos los ciudadanos a recibir una educación sin discriminación debida a su situación económica, social y personal. En esta dirección, la introducción en la literatura económica de la noción de igualdad de oportunidades ha ido ganando importancia en los estudios de política educativa y significa que cualquier individuo debe poder recibir tanta educación como cualquier otro, con independencia de características como la renta familiar, la raza o el sexo, por ejemplo.

En los niveles educativos no obligatorios, particularmente en el nivel secundario y en el superior, la consecución del objetivo de igualdad de oportunidades se fundamenta muy especialmente en la política de becas, a través de las cuales se ofrece financiación para cubrir los costes de las inversiones educativas.

El gasto público en becas no ha dejado de aumentar desde los años ochenta hasta la actualidad¹⁵. Así, si en 1983 se destinaban unos 7.000 millones de pesetas a este concepto, entre 1995 y 2000 se superaron los 90.000 millones de pesetas anuales. En lo que se refiere a las tasas de cobertura (porcentaje del total de los alumnos que perciben una beca), los programas

¹⁵ Véase San Segundo, M. J., *op. cit.*

de ayuda a la educación se triplican en Formación Profesional en las dos últimas décadas y se duplican en Bachillerato y universidad, pasando de un 9% de becarios a principios de los años ochenta a un 20% a mediados de los años noventa (aunque desde 1995 disminuye la cobertura de dichas becas, situándose en el 15% de los alumnos universitarios del curso 1999/00). Respecto a la cuantía de dichas ayudas a la educación (diseñadas para cubrir tanto los gastos de libros, transporte y cambio de residencia como el coste de oportunidad de los estudios¹⁶), sigue siendo en la actualidad insuficiente para cubrir el total de los costes de cambio de domicilio y de oportunidad de estudiar.

Por otro lado, también cabe destacar que los criterios académicos incluidos en los programas de becas pueden entorpecer la consecución del objetivo de la igualdad de oportunidades, puesto que, aunque todos los individuos tienen la posibilidad de acceder a un nivel educativo (por ejemplo, el universitario) con independencia de su origen socioeconómico, aquellos estudiantes que necesitan las becas no poseen, sin embargo, las mismas oportunidades para finalizar con similar rendimiento sus estudios que los jóvenes que pueden financiar su carrera universitaria sin recurrir a ellas.

Hasta mediados de los años noventa la educación en España estaba descentralizada sólo en las comunidades autónomas de techo competencial alto. Posteriormente empezó un proceso de reparto de competencias educativas entre el resto de las comunidades autónomas, de tal manera que en el año 2000 la descentralización de la educación se extendió a todas ellas. En un sistema educativo descentralizado como es en estos momentos el español se confía de forma general en que la actuación de los gobiernos regionales mejore la eficiencia del sistema educativo, permitiendo una toma de decisiones más ajustada a las necesidades de los usuarios que en el caso de una gestión centralizada¹⁷. No obstante, existen dudas acerca de la conveniencia de proceder o no a una descentralización de políticas con objetivos claramente redistributivos, como la política de becas.

Con respecto a la política de becas educativas de la Administración, en la tabla 15 se observa que el porcentaje de alumnos becados en Educación Secundaria no obligatoria (Bachillerato y Formación Profesional)¹⁸ sobre el total de alumnos matriculados en dicha etapa aumentó muy ligeramente entre el curso académico 1986/87 y el curso 1990/91; entre este último

¹⁶ Con este concepto se intenta medir el valor que el tiempo dedicado a estudiar tendría en su mejor uso alternativo, suponiendo que este coste se puede calcular de modo aproximado a través de la valoración en el mercado de trabajo del tiempo de los jóvenes de más de 16 años.

¹⁷ Véase Albi, E. y otros, *Economía pública*, Ariel, 2000.

¹⁸ Hemos restringido nuestro análisis de los niveles educativos no obligatorios a la Educación Secundaria no obligatoria porque los datos estadísticos oficiales de los universitarios becados se ofrecen desagregados por universidades y no por comunidades autónomas.

Tabla 15 – Evolución de los alumnos becados en Educación Secundaria no obligatoria por comunidades autónomas. Valor absoluto y porcentaje respecto al total de alumnos. Cursos 1986/87-1998/99

	1986/87 (1)		1990/91 (2)		1998/99 (3)	
	Becados	%	Becados	%	Becados	%
Andalucía	80.306	26,78	114.726	26,58	76.839	23,59
Aragón	12.208	18,79	12.872	17,78	4.296	8,85
Asturias	8.896	14,32	13.799	18,69	7.022	13,75
Baleares	1.966	6,46	2.811	7,81	1.527	5,47
Canarias	13.416	17,19	23.861	23,21	19.099	20,75
Cantabria	4.557	15,38	6.596	18,97	3.854	18,92
Castilla-La Mancha	17.273	26,59	23.867	29,72	12.567	19,44
Castilla y León	28.009	19,78	31.695	19,97	16.343	14,35
Cataluña	31.218	9,39	30.336	8,01	15.279	5,86
C. Valenciana (4)	29.460	16,90	41.803	18,47	25.431	14,95
Extremadura	12.884	30,48	19.084	37,58	13.300	30,46
Galicia	21.109	16,73	36.082	21,76	24.455	17,65
Madrid	35.351	11,14	32.752	9,17	17.196	7,11
Murcia	10.815	19,96	15.416	23,23	9.091	17,44
Navarra	6.753	23,06	6.250	19,31	2.305	10,00
País Vasco (5)	34.536	26,12	19.893	12,65	10.467	13,42
La Rioja	2.522	17,08	3.144	18,48	1.004	8,48
Total	351.692	17,58	435.871	17,80	260.690	14,73

(1) Incluye los estudios de BUP, COU, FP-I y FP-II. (2) Incluye los estudios de BUP, COU, FP-I, FP-II, Bachillerato Experimental, Módulos Profesionales II y Módulos Profesionales III. (3) Incluye los estudios de 4º de ESO, BUP, COU, Bachillerato LOGSE, Bachillerato Experimental, FP-I, FP-II, Ciclos Formativos de Grado Medio y Ciclos Formativos de Grado Superior. (4) En el curso 1990/91 falta el alumnado matriculado en Módulos Profesionales II y III. (5) En el curso 1998/99 no se incluye el alumnado matriculado en 4º de ESO.

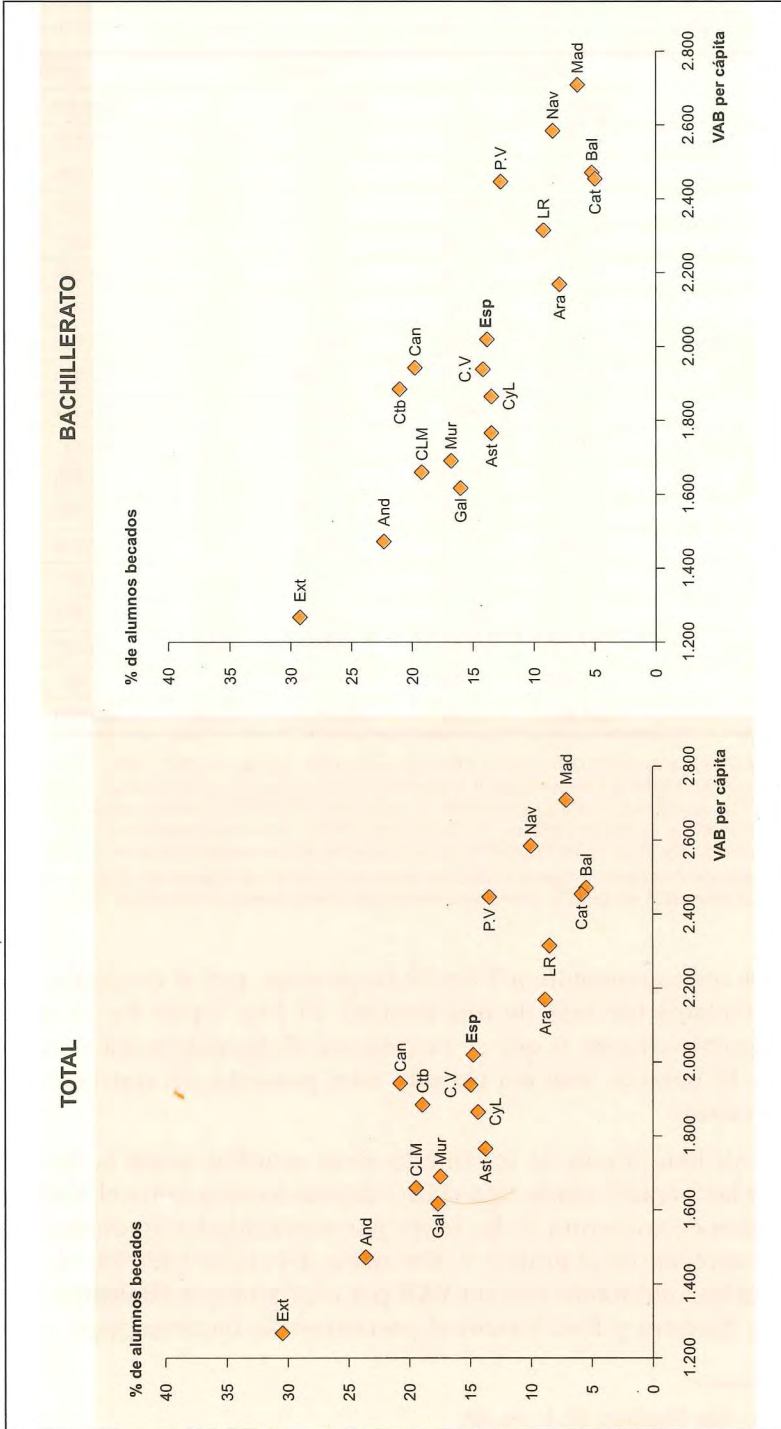
Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, *Estadísticas de la educación en España. Resultados detallados. Series e indicadores*, varios años.

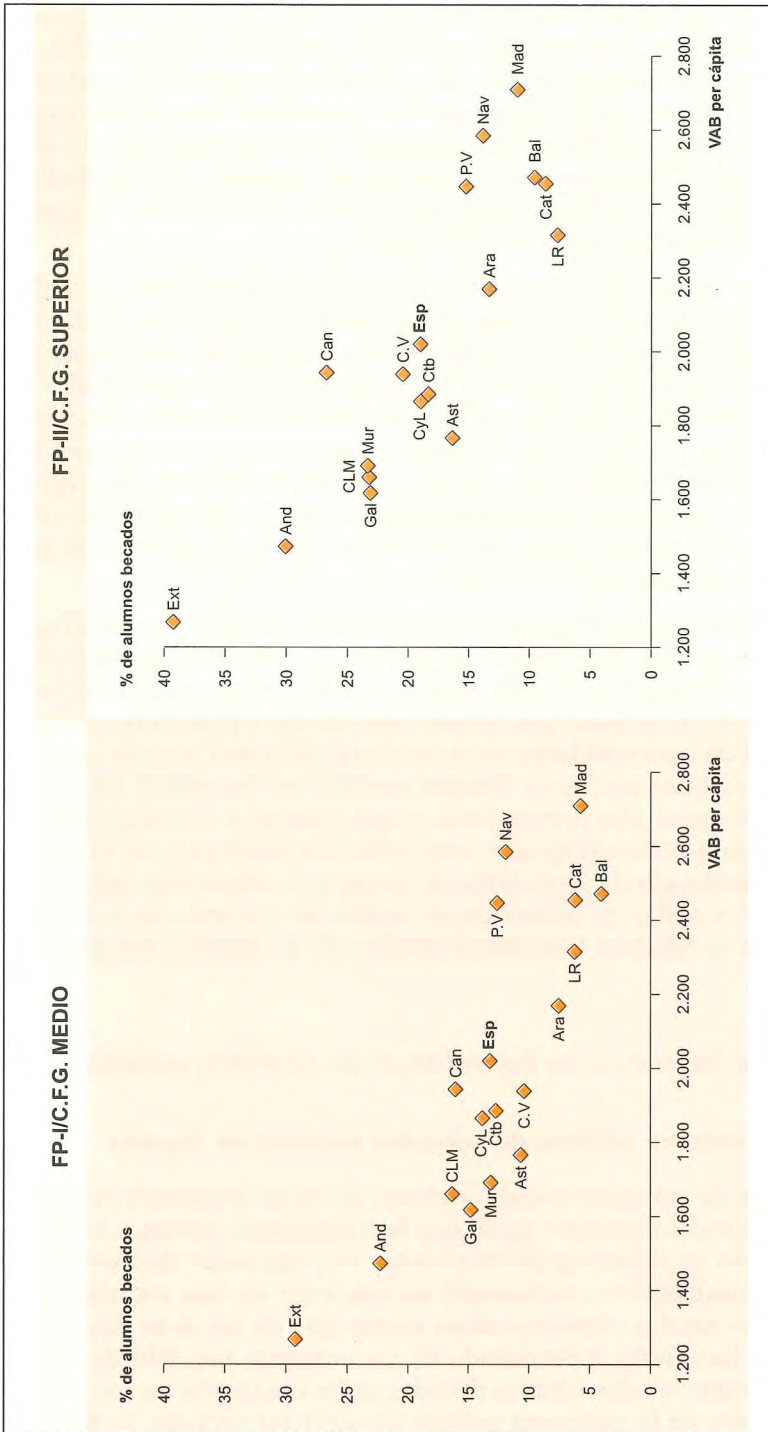
curso y el correspondiente a 1998/99 se produjo, por el contrario, un descenso apreciable (de más de tres puntos). El País Vasco fue la única comunidad autónoma en la que se incrementó dicho porcentaje en esta última serie. El balance final del período total presenta, en consecuencia, un claro descenso.

Como ya han puesto de manifiesto otros estudios sobre la descentralización de las becas¹⁹, existe una clara relación inversa entre el VAB per cápita y la tasa de cobertura de las becas por comunidades autónomas. Como se puede apreciar en el gráfico 9, con datos del curso 1998/99, en aquellas comunidades autónomas con un VAB per cápita mayor (Baleares, Madrid, Cataluña, Navarra y País Vasco) el porcentaje de becarios total, el de Ba-

¹⁹ Véase San Segundo, M. J., *op. cit.*

Gráfico 9 – Relación entre el porcentaje de alumnos becados sobre los alumnos matriculados en Bachillerato (1) y Formación Profesional y el Valor Añadido Bruto per cápita (2) (en miles de pesetas) por comunidades autónomas. Curso 1998/99





Nota: Datos referidos a las becas y ayudas al estudio concedidas por el MEC en la convocatoria general y por el País Vasco en su propia convocatoria para enseñanzas no universitarias. (1) Incluye becas a BUP y COU, Bachillerato LOGSE, Bachillerato experimental y 4º curso de ESO, ya que dicho curso no estaba implantado de forma generalizada. En el País Vasco no se incluyen las becas de 4º curso de ESO. (2) Datos avance.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECES a partir de Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, *Estadísticas de la educación en España. 1998-1999. Resultados detallados. Series e indicadores, 2001*; INE, *Contabilidad regional de España. Base 1995. Serie 1995-2000, 2001*; e INE, *Proyecciones de la población en España calculada a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión, 2001*.

chillerato y el de Formación Profesional I y II es inferior al de aquellas comunidades autónomas con un VAB per cápita más bajo (Extremadura o Andalucía). Es interesante constatar, sin embargo, las apreciables diferencias que se registran entre las primeras: los porcentajes correspondientes al País Vasco (la única comunidad autónoma con transferencias en esta materia) son claramente superiores en todos los niveles a los de Madrid, Baleares, Cataluña y Navarra, aunque esta última prácticamente la iguala en lo que se refiere a la Formación Profesional.

Si asumimos el criterio de equidad que antes se comentaba, es lógico que las becas tiendan a concentrarse en las comunidades en las que los niveles (regionales y personales) de renta familiar disponible sean menores. Los objetivos de equidad en general, y los de igualdad de oportunidades en particular, se suelen asignar a los gobiernos centrales más que a los regionales o locales (caso de Estados Unidos y de la inmensa mayoría de los países de la Unión Europea, como Suecia, Finlandia, Francia, Portugal o Grecia). Por ello, en el caso de servicios básicos, parece razonable defender que la financiación corra a cargo del Gobierno central, asignando la gestión a los niveles territoriales de gobierno.

Circunscribiéndonos a España, si se lleva a cabo de forma generalizada la transferencia a las comunidades autónomas no sólo de la gestión sino también de la capacidad normativa en materia de becas, quizá podríamos encontrarnos con un modelo que genere dificultades a la hora de garantizar la igualdad de oportunidades en el territorio nacional. De ahí que sea frecuente, en aquellos países de nuestro entorno en los que el Gobierno central no es el único que proporciona ayuda pública a los estudiantes y donde el protagonismo corresponde a los gobiernos regionales en lo que se refiere a la financiación de programas de ayuda a la educación, aplicar, al menos, normas o reglas de concesión de ayudas de carácter nacional que permitan paliar o eliminar la eventual quiebra de la equidad que pudiera producirse.

2.4 Equilibrio territorial en las políticas de servicios sociales

El diseño del sistema público de servicios sociales en España

Las políticas de servicios sociales ocupan un lugar destacado entre las distintas parcelas del bienestar social que han registrado cambios relevantes en su modelo de organización territorial. El proceso de división territorial de responsabilidades, sustentado en este caso en una coordinación de los diferentes niveles administrativos mayor que en las otras dimensiones señaladas, ha estado acompañado de un aumento paralelo de la red protectora. Durante las dos últimas décadas se ha registrado un incremento sin precedentes de la cobertura pública de servicios sociales, se han de-

sarrollado otros que antes no existían y se han transformado, reforzándose, algunas de las prestaciones que, de manera fragmentada, constituían el eje del sistema a principios de los años ochenta.

La concertación de las actuaciones de los agentes implicados ha servido como principal fuerza motriz para la extensión de la red de servicios sociales. Con mayor énfasis que en los otros instrumentos de la protección social revisados, el desarrollo del sistema nacional de servicios sociales se ha guiado por el objetivo de universalizar estas prestaciones sin merma de la aplicación práctica de los principios de solidaridad interregional e igualdad. No obstante, persisten deficiencias importantes tanto en la satisfacción adecuada de los derechos sociales básicos como en la preservación de desigualdades entre los ciudadanos residentes en diferentes zonas del territorio nacional.

El sistema actual de servicios sociales en España se caracteriza por la pluralidad de actores que intervienen en su gestión y diseño. Existe una compleja combinación de iniciativas públicas y privadas, así como una implicación de diferentes niveles de gobierno mucho más acusada que en otras dimensiones de la intervención social pública. Este singular modelo organizativo, que presenta como principal ventaja las sinergias entre los distintos agentes mencionados, tiene como contrapartida inevitable una notable dispersión de la información disponible, por lo que son grandes las dificultades para realizar un análisis completo de las posibilidades y límites del sistema.

El equilibrio alcanzado entre las distintas administraciones ha dado lugar a un modelo en el que la mayoría de las iniciativas pivota alrededor de los proyectos territoriales. Son las comunidades autónomas las que poseen mayor capacidad normativa directa, por lo que son las protagonistas principales en el tejido de la red de servicios sociales. Desde comienzos de los años ochenta fueron desarrollándose distintas leyes autonómicas de servicios sociales, en las que se plasmaban las directrices básicas de la intervención territorial en este ámbito. Posteriormente, los servicios sociales integrados en el sistema nacional de Seguridad Social fueron transferidos también a las comunidades autónomas, para finalizar el proceso con el último traspaso de competencias del IMSERSO a las autonomías en 1997.

Pese a no tener esa misma capacidad normativa directa, el Estado ha seguido desarrollando acciones de cierta envergadura en el campo de los servicios sociales, en coordinación con las comunidades autónomas. Prueba de ello es la promoción de actuaciones en campos muy concretos, con el desarrollo de iniciativas como el Plan Gerontológico, el Plan Nacional sobre Drogas o el Plan de Inmigración. En todos estos casos, la iniciativa ha surgido del Gobierno central, aunque el desarrollo, como en el caso de la red general de servicios, se ha producido de manera compartida con los gobiernos territoriales.

El desarrollo último de la red de servicios sociales corresponde a las corporaciones locales. En línea con los modelos en vigor en otros países, el sistema público de servicios sociales descansa en la acción local como medio preferente de instrumentación de los servicios. No obstante, el carácter de agente preferente ha estado condicionado durante las dos últimas décadas por un problema estructural de debilidad presupuestaria. Se repite en el ámbito de los servicios sociales el problema de “descentralización asimétrica” presente en buena parte de los espacios de descentralización territorial de la acción pública en España, según el cual asumen las funciones organizativas y adquieren la responsabilidad y los recursos presupuestarios los gobiernos autonómicos, sin que se repita un mismo proceso desde éstos hacia los gobiernos locales.

El peso de lo local, aunque más –como se ha señalado– en la gestión última de los servicios que en su diseño o en la generación y distribución de recursos presupuestarios, permite inscribir el modelo español dentro de la corriente principal de articulación de estos sistemas en Europa. Puede hablarse de tres grandes modelos de servicios sociales, según el énfasis puesto en el papel de los ayuntamientos y otros entes locales. El modelo sajón se orienta casi exclusivamente hacia lo local, con la definición de estrategias y la transferencia de dotaciones presupuestarias orientadas a este fin. Similar es la opción francesa, donde una acusada atomización municipal no ha impedido que la unidad decisoria en el desarrollo de los servicios sociales sea también la local. El modelo nórdico se diferencia de los anteriores por un mayor escalonamiento en la prestación de servicios. Aunque en teoría no existen grandes diferencias con los otros dos modelos por la importancia, también, de los ayuntamientos en la gestión y el diseño de la red, la agrupación de municipios llevada a cabo en décadas anteriores permite hablar de entes con mayor alcance territorial que en los otros dos casos.

La articulación de los distintos niveles alcanzada en España y los avances logrados en la coordinación no han permitido –como se ha señalado– que se alcanzaran los niveles óptimos de concertación del sistema; por el contrario, no sólo persisten desequilibrios regionales notables, sino también lagunas evidentes en el conjunto de la red. El Plan Concertado sirvió para dar respuesta a algunos de los problemas principales, pero no cerró muchos de los interrogantes que entonces –y todavía hoy– delimitan el marco de los servicios sociales. La perenne tensión entre la vocación universal del sistema y el desarrollo de prestaciones para los colectivos con mayores necesidades sociales o las rigideces para la praxis pública que tradicionalmente ha introducido la diferenciación teórica entre la red primaria de prestaciones básicas y los servicios especializados sigue abierta, sin que pueda hablarse de una respuesta homogénea a lo largo del territorio nacional.

Una parte de estos problemas tiene su origen en la confusión normativa que impregna nuestra base jurídica fundamental. No existe en la Constitución española una definición precisa de los servicios sociales ni tampoco una delimitación rigurosa de los agentes responsables de su desarrollo. Parece necesario, por tanto, analizar los límites para alcanzar un marco jurídico-institucional integrado. De la misma forma, no es extraño que, pese a los intentos de coordinación, persistan desigualdades notables en las prestaciones que reciben los ciudadanos residentes en diferentes zonas del territorio.

De la ausencia de un marco regulador integrado al Plan Concertado de Servicios Sociales

En la Constitución española puede hablarse de tres ámbitos normativos referidos a los servicios sociales:

1. En el artículo 41 se ordena a los poderes públicos el desarrollo de un sistema de protección social que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante casos de necesidad. La mención de los “poderes públicos” incluiría a nuestro juicio la obligada participación de la Administración Central en la garantía del establecimiento coherente de la red de servicios sociales, en la medida en que se atribuye al Estado la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social.
2. El artículo 148 determina que las comunidades autónomas tienen competencia exclusiva en materia de asistencia social. La vaguedad de este último término no impidió –como se verá– a un nutrido grupo de comunidades autónomas la identificación de este precepto con el desarrollo de leyes regionales de servicios sociales.
3. Por último, existen referencias implícitas al desarrollo de servicios para cubrir las necesidades específicas de diversos colectivos. Las declaraciones fundamentales sobre el principio de igualdad se completan con diversos preceptos que obligan a intervenciones concretas en campos como la familia y la infancia (artículo 39), los emigrantes (artículo 42), la juventud (artículo 48), los minusválidos (artículo 49) y la tercera edad (artículo 50).

Esta visión abierta que contenía la Constitución hizo que a comienzos de la década de los ochenta se pusieran en marcha dos procesos diferentes de desarrollo de los servicios sociales, con origen en la distinta asunción de responsabilidades por parte del Gobierno central y los autonómicos. En el primer caso, continuó el desarrollo de la red básica de servicios sociales de la Seguridad Social, a la que se fueron añadiendo servicios diseñados específicamente para determinados colectivos. Un hito en este sentido fue la aprobación en 1982 de la Ley de Integración Social de los Minusválidos.

El punto de inflexión de este modelo “centralizado” fue la imposibilidad de aprobar y poner en marcha una ley nacional de servicios sociales. Entre 1983 y 1984, dentro del primer gobierno de mayoría absoluta del PSOE, se fue gestando, a través de diagnósticos, seminarios y anteproyectos, el primer intento de definición de un marco regulador completo de los servicios sociales a escala nacional. El objetivo último era la integración de los servicios sociales de la Seguridad Social, con una base competencial central, junto a la unificación de los servicios sociales de cada nivel territorial. Dicho proyecto no llegó a plasmarse en normativa alguna debido al desarrollo paralelo de un nuevo marco jurídico para los servicios sociales por parte de los gobiernos autonómicos. Como en el caso de las rentas mínimas, los gobiernos vasco y navarro tomaron la iniciativa en la aprobación pionera de leyes regionales de servicios sociales. Tal decisión estuvo precedida por la plasmación en los respectivos Estatutos de cada comunidad autónoma de competencias exclusivas en el campo de los servicios sociales.

El resultado fue –como en otros ámbitos ya comentados– un singular mosaico de esquemas, aunque más vertebrado que en el caso de otros instrumentos descentralizados completamente, como las políticas de rentas mínimas. Como fruto más positivo, la acción conjunta de comunidades autónomas y ayuntamientos sirvió para desarrollar una nueva infraestructura de servicios sociales en España. En el lado negativo del balance destaca la fragmentación territorial del sistema y la existencia de lagunas importantes debido, fundamentalmente, a la ausencia de coordinación.

Las leyes autonómicas mantenían las competencias más importantes en manos de los gobiernos autonómicos, mientras que las atribuciones de diputaciones y ayuntamientos eran mucho más limitadas. No obstante, esta articulación entre gobiernos autonómicos y corporaciones locales se realizó de manera muy distinta en cada caso, atribuyéndose un peso mucho mayor a los entes locales en varias comunidades autónomas. Hasta el punto de que, dentro de una tendencia común de descentralización territorial en el desarrollo de los servicios sociales, puede hablarse de modelos muy distintos de reparto de competencias.

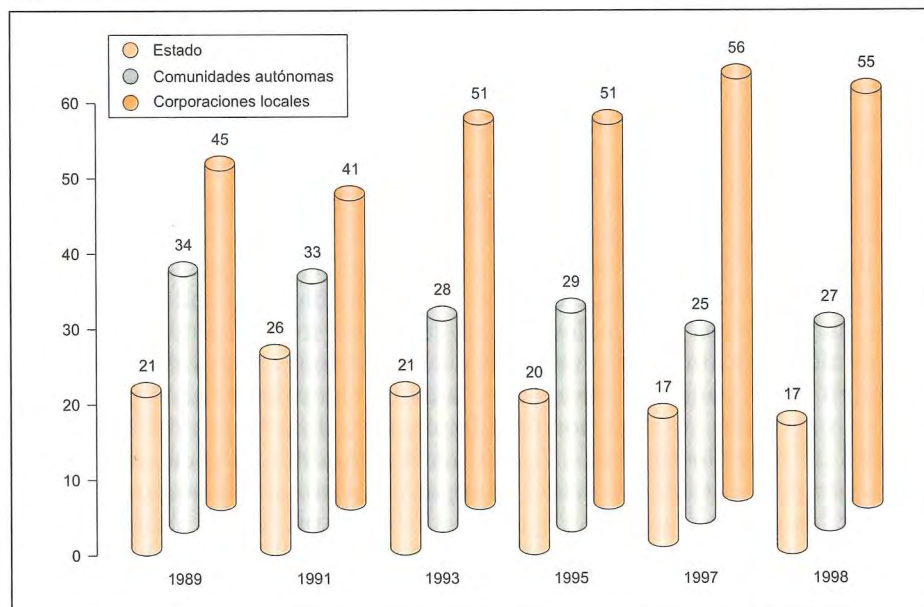
La constatación de que existían diferencias de protección muy grandes entre los distintos territorios, las importantes deficiencias que producía la falta de coordinación en la cobertura global del sistema y el vínculo entre la falta de cobertura de los ciudadanos de un amplio número de municipios y la ausencia de recursos presupuestarios suficientes, dio origen a nuevos intentos de coordinación del conjunto de agentes implicados en el desarrollo de la red de servicios sociales. El resultado fue la elaboración en 1988 del Plan Concertado de Servicios Sociales. Dicho plan, todavía en vigor, supuso un espaldarazo político y financiero a la generalización de los servicios sociales en España. Gobierno central, administraciones autonó-

micas y corporaciones locales cooperan a través de él en el establecimiento de una red local de servicios sociales. Quedaban fuera del plan el País Vasco y Navarra, debido a las singularidades del sistema de cupo y los servicios a él asociados.

Su propósito principal era asegurar una red de cobertura básica igual para todos los españoles. Se fijó como objetivo que al menos se garantizara de manera universal el acceso a cuatro tipos de servicios básicos: información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento y prevención e inserción social. Mientras que el primero servía de puerta de entrada al sistema y su definición era clara y precisa –información sobre los derechos de los usuarios y orientación respecto a los recursos adecuados–, en el resto de los servicios las funciones no están delimitadas con la misma precisión. Esto ha dado lugar, en algunos casos, a contradicciones entre los distintos servicios y a la falta de integración de las diversas actividades. La unidad básica de desarrollo del sistema eran los centros de servicios sociales.

Lo más relevante del plan es el singular equilibrio que se establece entre los distintos niveles administrativos con responsabilidades en el desarrollo público de los servicios sociales. Esto se ha manifestado de manera inmediata en el ámbito de la financiación, que es una tarea compartida en-

Gráfico 10 – Evolución de las aportaciones económicas al Plan Concertado de Servicios Sociales. 1989-1998



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Memoria del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en corporaciones locales*, varios años.

tre los tres niveles implicados. En este sentido, cabe hablar de una recomposición de las fuentes presupuestarias a lo largo de los años noventa. Las aportaciones del Gobierno central han ido perdiendo peso frente a la mayor contribución de las corporaciones locales. Éstas sumaban en 1998 más de la mitad del total de los recursos, mientras que la contribución del Estado se situaba por debajo de una quinta parte del total (gráfico 10).

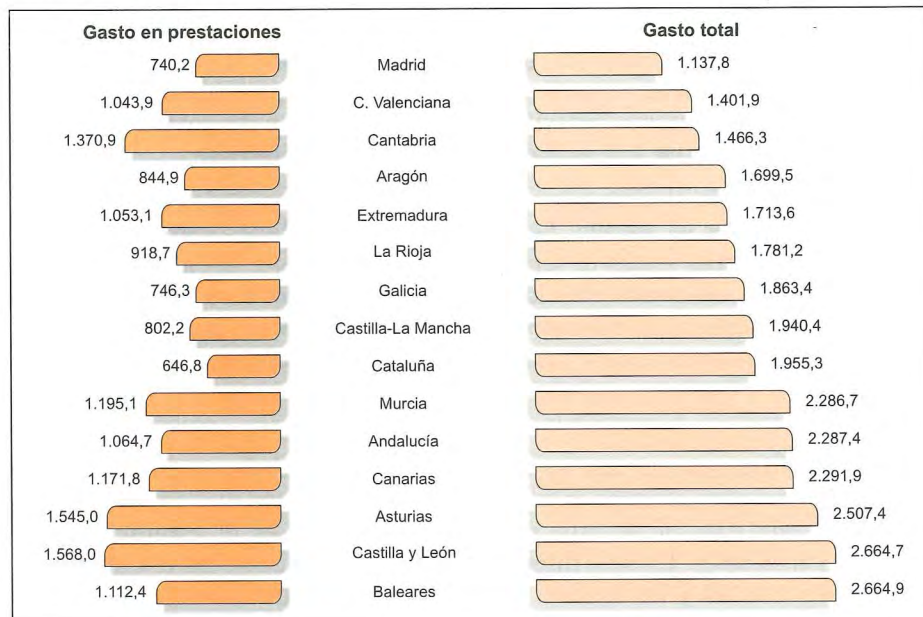
Balance de la coordinación: problemas pendientes

La pregunta clave que surge a la luz de la revisión anterior es –como en apartados anteriores– si los esfuerzos desarrollados en materia de coordinación han servido para reducir las desigualdades en la provisión de estos servicios en las diferentes comunidades autónomas que forman el territorio nacional. Esta pregunta es especialmente relevante en el momento presente, una vez que al modelo descentralizado coordinado que supone el Plan Concertado se ha añadido la descentralización completa de los servicios sociales del IMSERSO.

Desde diversos ámbitos se ha aludido a la permanencia de desigualdades territoriales importantes en la red de servicios sociales. Algunos autores han apuntado las disparidades entre los distintos tipos de municipios, subrayando los problemas de cobertura en ciertos espacios territoriales, no siempre los de menor riqueza. Otros han destacado, por el contrario, la existencia de un vínculo claro entre el nivel medio de renta y el gasto realizado. En el caso, por ejemplo, del gasto municipal en servicios sociales, las cifras mantienen una estrecha relación con el nivel de renta de la comunidad autónoma²⁰. En consecuencia, en las comunidades con mayores tasas de pobreza los ayuntamientos gastan menos recursos por habitante que en aquellas otras donde las tasas son más bajas.

Es difícil, sin embargo, tratar de resumir en un único indicador cuantificable la posición de cada comunidad autónoma en términos de la intensidad protectora que garantiza el sistema de servicios sociales. La dispersión de actuaciones –el desarrollo de la red de servicios generales a través del Plan Concertado coexiste con servicios específicos en cada comunidad autónoma y planes nacionales desarrollados territorialmente– dificulta el intento de trazar un cuadro preciso de las dotaciones relativas en cada comunidad. Una primera aproximación, aunque claramente incompleta, es el gasto en servicios sociales por habitante realizado a través del Plan Concertado de Servicios Sociales. La estimación de diferentes cálculos relativos, tanto para el total del gasto como para el destinado estrictamente a financiar las prestaciones, revela la existencia de profundas desigualdades entre comunidades autónomas. Así, Baleares o Castilla y León duplican las

²⁰ Sarasa, S., "La última red de servicios personales", en Adelantado, J. (coord.), *Cambios en el Estado del Bienestar*, Barcelona, Icaria Editorial, 2000.

Gráfico 11 – Gasto por habitante del Plan Concertado de Servicios Sociales por comunidades autónomas. En pesetas. 1998

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Memoria del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en corporaciones locales. 1998-1999, 2000*; e INE, *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Evaluación y revisión, 2001*.

cifras de Madrid y la Comunidad Valenciana (gráfico 11). No puede hablarse, en términos generales, de un único factor –demográfico o económico– generador de tales diferencias. Sí es reseñable, en cualquier caso, la magnitud de las disparidades interterritoriales.

Parece más fácil apreciar las desigualdades a través de la diferente cobertura que reciben colectivos concretos que mediante el uso de indicadores territoriales. Un ejemplo puede ser el caso de las plazas en residencias para mayores. En términos relativos –número de plazas por personas mayores de 65 años²¹– es posible hablar de desigualdades mucho mayores que en el caso de otras variables analizadas, tanto macroeconómicas como referidas a distintas parcelas del bienestar social. Las cifras de Castilla-La Mancha o Castilla y León duplican las de Madrid y son más del triple que las de Galicia –otra comunidad autónoma envejecida–. Algo similar sucede con los programas de ayuda a domicilio, en los que la cobertura que registran Madrid y Murcia dobla la de la Comunidad Valenciana o Cataluña.

²¹ Tales datos pueden obtenerse fácilmente mediante el cruce de la información que aparece en las memorias del Plan Concertado de Servicios Sociales con los datos sobre estructura de la población por edades ofrecidos al comienzo de este capítulo.

En los dos supuestos citados, el caso de Madrid puede ser un ejemplo de los problemas de equidad que pueden surgir con los procesos de descentralización de los servicios sociales. Además de los problemas de tratamiento desigual de ciudadanos iguales que pueden darse entre comunidades autónomas, puede ocurrir que, en un mismo territorio, colectivos distintos pero igualmente necesitados de la prestación de servicios sociales públicos gocen de una intensidad protectora muy diferente.

Una experiencia similar se produce en otras comunidades cuando la relación de servicios se amplía. Las distintas comunidades sufren reordenaciones significativas según el servicio que se considere. Así al menos sucede con el gasto en guarderías laborales, los créditos para programas del Plan Gerontológico o el número de usuarios de centros ambulatorios del Plan Nacional sobre Drogas²². Las diferencias persisten, incluso, cuando se descuentan los factores sociodemográficos determinantes de la demanda, como el porcentaje de personas mayores, de ex reclusos, toxicómanos, etc.

En definitiva, parece que se mantienen desigualdades suficientemente grandes como para afirmar que el objetivo de solidaridad y equidad interterritorial está lejos de ser una realidad constatable en el sistema español de servicios sociales. Existen diferencias importantes entre las comunidades de régimen común y las forales, así como entre las de acceso a la autonomía a través del artículo 143 de la Constitución y las de vía rápida. Paralelamente, la desigual cobertura por municipios invita a considerar que las diferencias dentro de cada comunidad son también amplias.

Resulta necesario profundizar en la coordinación y la corresponsabilidad presupuestaria como medios principales para la reducción de las desigualdades entre comunidades autónomas. Para ello resulta obligado –como han señalado los distintos agentes sociales²³– definir de una manera más precisa –tal como sucedía en el caso de las rentas mínimas– cuáles deberían ser las prestaciones básicas en cada comunidad, además de modificar los criterios de transferencias presupuestarias, rebajando el peso del criterio demográfico e incrementando el de necesidades. Sin un acuerdo institucional y financiero más amplio resultará difícil sustituir el actual modelo sub-óptimo de descentralización de los servicios sociales por otro sistema que evite solapamientos y desigualdades.

3. Lecciones de la experiencia comparada

La garantía de una provisión mínima de determinados servicios públicos considerados esenciales por parte de los gobiernos territoriales tiene su

²² Véase Fundación FOESSA, *V Informe sociológico sobre la situación social en España: sociedad para todos en el año 2000*, Madrid, 1994.

²³ Consejo Económico y Social, *Unidad de mercado y cohesión social*, Madrid, 2000.

justificación fundamental en el principio de equidad categórica²⁴: todos los ciudadanos deben disfrutar de una cantidad mínima de una serie de servicios que se consideran esenciales para tener un nivel de vida digno. Para ello, una vez que se descentraliza la provisión de tales servicios, los gobiernos centrales suelen diseñar algunos instrumentos que, al tiempo que respeten la autonomía de gestión de los gobiernos regionales, garanticen una cierta homogeneidad en el nivel (cantidad y calidad) de provisión de servicios públicos regionales y particularmente de aquellos más directamente vinculados con la idea de Estado del Bienestar (sanidad, educación, seguridad social –pensiones y seguro de desempleo– y vivienda).

Estos instrumentos de garantía pueden adoptar distintas formas. Por un lado, la *regulación* del Gobierno central puede obligar a los gobiernos subcentrales a suministrar niveles mínimos de determinado tipo de servicios públicos. La mayoría de las veces, cuando se descentralizan servicios públicos esenciales, el gobierno cedente suele determinar las condiciones básicas en las que se deben prestar tales servicios por parte de los gobiernos receptores. Por otro lado, tales niveles mínimos de servicios pueden garantizarse a través de la cesión de recursos entre niveles de gobierno, esto es, a través de las transferencias intergubernamentales. Estas transferencias pueden adoptar dos grandes formas. En primer lugar, en algunos países con estructuras descentralizadas de poder, existen *transferencias incondicionadas* que pretenden garantizar que todos los gobiernos regionales tengan la posibilidad de suministrar un nivel mínimo o estándar de servicios públicos. Puesto que se trata de recursos cuya gestión no está sometida a condiciones, el suministro *efectivo* de tales niveles de servicios no está del todo garantizado y depende, en última instancia, de las preferencias que los ciudadanos de cada territorio tengan con respecto a los servicios en cuestión. En segundo lugar, en la mayoría de los países de corte federal existen *transferencias condicionadas* destinadas a financiar el suministro descentralizado de algunos servicios públicos concretos considerados esenciales. Este tipo de transferencias delimitan, de forma más o menos flexible, las condiciones en las que se deben prestar los servicios en cuestión. En las siguientes líneas se recogen algunas breves consideraciones sobre estas transferencias.

3.1 Canadá

A partir de los años cincuenta el Gobierno federal canadiense ha venido concediendo algunas transferencias condicionadas a los gobiernos provinciales con el objeto de financiar servicios públicos tales como la sanidad, la educación, las prestaciones sociales, etc. Hasta 1997 existían dos

²⁴ También llamado igualitarismo específico desde el trabajo de James Tobin de 1970.

grandes programas de transferencias condicionadas: *Established Programs Financing* y *Canada Assistance Plan*. El primero de ellos tenía por objeto la financiación de los gastos sanitarios y de educación postsecundaria de los gobiernos provinciales; el segundo estaba destinado a gastos de bienestar y asistencia social.

El *Established Programs Financing* era, inicialmente, una transferencia abierta relacionada con el esfuerzo; esto es, el Gobierno central pagaba un porcentaje fijo del gasto realizado por el gobierno provincial, sin límites por arriba ni por abajo. A pesar de tratarse de recursos condicionados, en el caso de la educación postsecundaria no había condiciones muy restrictivas, salvo las relativas al destino de los mismos. El gasto sanitario tenía, por otra parte, algunas condiciones adicionales establecidas en la *Canada Health Act* de 1984:

- Se garantizaba un acceso universal de todos los ciudadanos a los servicios sanitarios, con independencia de sus características socioeconómicas.
- Se exigía que la provisión de los servicios de salud fuese realizada por un organismo público sin ánimo de lucro y no por una agencia privada.
- Se prohibía la utilización del criterio de residencia para impedir el acceso de un ciudadano a los servicios sanitarios de otra provincia.
- No se permitían limitaciones en el acceso a través de copagos.
- Se exigía que la cobertura fuese comprehensiva, abarcando todos los servicios médicos básicos (hospitalarios y extrahospitalarios), y accesible, sin barreras directas o indirectas a través de pagos u otros medios.

El hecho de que la fórmula de cálculo de la transferencia fuese difícil de administrar y que beneficiase más a las provincias más ricas motivó su transformación, en 1977, en una transferencia en bloque que se venía desdoblando en una transferencia en efectivo y en una cesión de espacio impositivo por parte del Gobierno central.

El *Canada Assistance Plan* era una transferencia abierta relacionada con el esfuerzo que, a diferencia de la anterior, se negociaba bilateralmente con cada provincia, después de que ésta hubiese diseñado su programa de gastos. En este caso, la transferencia se realizaba íntegramente en efectivo, salvo en el caso de Quebec, donde se complementaba con una cesión de espacio impositivo por parte del Gobierno central. El destino de estos recursos era la financiación de los gastos corrientes de programas de bienestar y asistencia social: asistencia económica y en especie a los más desfavorecidos y lucha contra las causas de la pobreza.

Cada provincia diseñaba su propio programa de asistencia social, con dos únicos límites: no se permitía la utilización del criterio de residencia para discriminar a los potenciales beneficiarios de las prestaciones y debía permitirse a los solicitantes la posibilidad de recurrir la concesión-denegación de las prestaciones.

En 1997 se sustituyeron estos dos grandes programas de transferencias por un gran bloque de transferencias denominado *Canada Health and Social Transfer*, que, siendo nominalmente condicionado, en la práctica resulta ser incondicionado, siempre que se respete la no discriminación de los ciudadanos por razón de residencia y el resto de los principios emanados de la *Canada Health Act*. Con esta transformación, los gastos sociales pasaron a financiarse con un gran bloque de transferencias, tanto en efectivo como en forma de espacio fiscal, el reparto de las cuales se hace en función de un criterio estricto de población.

3.2 Australia

El sistema sanitario australiano, con provisión básicamente estatal, se financia, por un lado, con cargo a un fondo general de recursos incondicionados transferidos desde el Gobierno central a los Estados (*Financial Assistance Grants*) y, por otro, a través de una transferencia condicionada (*Hospital Funding Grants*)²⁵ que obliga al Estado receptor a suministrar tratamiento hospitalario público a todos aquellos que no hayan optado por una provisión privada de servicios sanitarios. En caso de no cumplirse esta condición, la transferencia no se hace efectiva.

La educación superior, por su parte, se financia con transferencias condicionadas que los Estados gestionan como meros agentes del Gobierno federal. Se trata de competencias federales en las que los Estados sólo tienen competencias gestoras, mientras el Gobierno central determina los estándares de cantidad y calidad de servicios a suministrar.

3.3 Alemania

La previsión constitucional de que la acción conjunta de los tres niveles de gobierno debe conducir a una uniformidad en las condiciones de vida en todo el territorio nacional ha dado lugar a un *federalismo cooperativo* en el que los distintos niveles de gobierno cooperan continuamente en

²⁵ Una de las razones por las cuales se pasó a financiar la sanidad estatal a partir de una transferencia condicionada y se sacó del fondo de financiación general fue la idea de evitar que los servicios sanitarios se vieran afectados por los recortes de recursos a que sometió a las *Financial Assistance Grants* el gobierno federal a finales de los años ochenta.

el suministro de casi todos los servicios públicos. Esto queda reflejado, entre otras cosas, en la existencia de las competencias compartidas o *joint tasks*, entre las que se encuentran la planificación educativa y la construcción universitaria, para cuyo ejercicio existen unos comités planificadores, en los que están representados tanto el Gobierno federal como los regionales, que deciden qué proyectos se van a realizar en cada área concreta. Estas competencias compartidas se financian conjuntamente por los gobiernos federal y regionales.

Otro mecanismo para garantizar cierta homogeneidad en el suministro de algunos servicios públicos considerados básicos son las reuniones de los ministros de determinadas áreas, entre las cuales destaca la de ministros de educación y cultura, que garantiza cierta igualdad en la cantidad y calidad de servicios educativos en todo el territorio nacional.

3.4 Italia

La descentralización del sistema sanitario italiano a partir de la reforma de 1992-1993 ha dado lugar a una gestión regional de los servicios sanitarios que se financia, básicamente, con una transferencia per cápita igual para todos los gobiernos regionales procedente del Gobierno central. Junto con esta transferencia, el Gobierno central determina los principios generales que deben regir el suministro de los servicios sanitarios, así como las principales áreas de cobertura que obligatoriamente deben comprender las prestaciones sanitarias regionales. Así, la provisión regional de servicios sanitarios debe inspirarse en los siguientes principios²⁶:

- Dignidad humana: todos los ciudadanos tienen el mismo derecho a la salud.
- Equidad: no pueden hacerse discriminaciones por motivos geográficos, económicos o de comportamiento.
- Prevención.
- Solidaridad: especial incidencia de los servicios sanitarios en los grupos sociales más vulnerables.
- Eficacia y adecuación: los recursos sanitarios se destinarán a tratamientos científicamente comprobados y que maximicen los beneficios en términos de salud.
- Eficiencia: para los mismos resultados, los recursos deben destinarse a los tratamientos menos costosos.

²⁶ Véase Fattore, G., "Clarifying the Scope of Italian NHS Coverage. Is it Feasible? Is it Desirable?", *Health Policy*, n. 50, 1999, p. 123-142.

- Necesidad: los recursos se asignarán por territorios en función de las necesidades.

Como se señalaba, el Gobierno central determina, además, las áreas de cobertura obligatorias para todo el territorio nacional. La reforma de 1992-1993 tenía previsto que, una vez delimitadas éstas, se especificaría para cada área la lista de servicios que obligatoriamente deberían ser suministrados por todas las regiones. Sin embargo, esta especificación todavía no ha tenido lugar. En cualquier caso, como paso previo, se han distinguido tres grandes áreas de cobertura:

1. Salud pública: medidas preventivas, de higiene y seguridad en el trabajo, etc.
2. Atención primaria: asistencia primaria, asistencia farmacéutica, atención especializada y asistencia domiciliaria.
3. Asistencia hospitalaria.

En relación con el modelo financiero vigente, el riesgo de niveles inadecuados de servicios sanitarios se intenta evitar a partir del siguiente esquema²⁷:

- Definición de un paquete de servicios esenciales (LEA).
- Financiación con recursos propios de los servicios provistos.
- Asignaciones de un Fondo de Solidaridad Nacional para transferir recursos a las regiones que no tienen capacidad para obtener los medios suficientes para financiar todas sus funciones. En la actualidad, se estima que sólo siete regiones tienen capacidad para obtener los recursos suficientes por sí mismas y, en consecuencia, para contribuir al Fondo de Solidaridad Nacional.

²⁷ Véase Taroni, Fr., "Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy", *Euroobserver*. vol. 2, n. 1, 2000.