

La profundidad y duración de la crisis económica se añade a las tendencias demográficas de fondo para hacer hoy más patente que nunca la crisis de sostenibilidad del Estado de bienestar. Éste se ha configurado como sistema de protección de la ciudadanía frente a los riesgos de la sociedad de mercado, mediante el desarrollo de sus tres pilares clásicos: *educación, sanidad* y *pensiones*, a los que se ha sumado recientemente el de la *dependencia*. Las reformas para garantizar su futuro no sólo deberán conjugar criterios de eficiencia y equidad sino tener en cuenta el papel de las distintas administraciones y en particular la importancia de las comunidades autónomas en la prestación de los servicios públicos concernidos. Todo ello hace necesario el estudio de las implicaciones fiscales, financieras y económicas de la descentralización del sector público. ¿Cuál es el nivel de gobierno más adecuado para suministrar los servicios de protección social?, ¿la descentralización contribuye a aumentar o a disminuir el gasto público? ¿cuáles son en nuestro caso las enseñanzas de la experiencia? La crisis fiscal y los límites del gasto público imponen esa doble dimensión del análisis, de cara a tomar una decisión colectiva sobre el modelo propio que implantará cada Estado.

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN 0213-3865
81 >
9 770213 386000

III
12

EKONOMIAZ

81

REVISTA VASCA DE ECONOMÍA 81

EKONOMIAZ

III · 2012

Estado de bienestar y gobierno multinivel



EKONOMIAZ

N.º 81 - 3er CUATRIMESTRE - 2012

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

EKONOMIA ETA OGASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2012

ERREDAKZIO KONTSEILUA

Alberto Alberdi Larizgoitia (Zuzendaria)
Ekonomia eta Ogasun Saila. Eusko Jaurlaritza

Javier Gúrpide Ibarrola (Zuzendariordea)
Ekonomia eta Ogasun Saila. Eusko Jaurlaritza

Alexander Boto Bastegieta - *Ihobe*

Jon Barrutia Güenaga - *UPV-EHU*

Sara de la Rica Goirizelaia - *UPV-EHU*

Josune Sáenz Martínez - *Deustuko Unibertsitatea*

Jesús Ferreiro Aparicio - *UPV-EHU*

Mikel Navarro Arancegui - *Deustuko Unibertsitatea*

AURKEZPENA

Ekonomiaz lau hilean behingo aldizkaria da, 1985etik Eusko Jaurlaritzaren Ekonomia eta Ogasun Sailak argitaratuta. Erredakzio Kontseilu profesional batek zuzentzen du eta bere helburu nagusia analisia eta eztabaida ekonomikoa bultzatzea da, herrialdeko ikuspuntuarekin eta arreta berezia jartzen eremu aplikatuari eta euskal ekonomiari. Argitalpenaren profila eta helburuak ale honen amaieran eta aldizkariaren web orrian kontsulta daitezke.

ADMINISTRAZIOA ETA ERREDAKZIOA

Ekonomia eta Ogasun Saila
Donostia-San Sebastián, z/g.
01010 Vitoria-Gasteiz
T.: 945/01 90 38. Administrazioa
945/01 90 36. Erredakzioa
http://www1.euskadi.net/ekonomiaz
E-mail: economia@ej-gv.es

ARTIKULUEN BIDALKETA

EKONOMIAZ aldizkarian parte hartu nahi dutenek Eusko Jaurlaritzako Ekonomia eta Ogasun Sailera igorri beharko dituzte beren idazlanak (bidali Erredakzioari).

Erredakzio Kontseiluak beretzat gordetzen du jasotako artikuluak argitaratzeko eskubidea, aurrez ebaluatzaile anonimo biren iritzia ezagutuko duelarik. Idazlana argitaratzeak ez du, berez, edukiarekiko adostasunik adierazi nahi. Artikuluaren erantzukizuna egilearena izango da eta ez beste inorena. Artikuluak aurkezteko arauak ale honen amaieran eta aldizkariaren web orrian kontsulta daitezke.

ALDIZKARIEN KALITATEA

EKONOMIAZ aldizkariko artikuluak datu-base hauetan daude indexatuta: CSICeko ISOCen eta American Economic Association elkarteko Journal of Economic Literature-k argitaratzen dituen JEL —CD formatuan—, e-JEL eta EconLit-en, LATINDEXen, DIALNET alerta-sarean, DOAJ katalogoan eta RePec-en.

JABETZA ESKUBIDEAK

EKONOMIAZek, hau da, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioak, EKONOMIAZ aldizkarian argitaratuko diren artikulu originalen jabetza eskubide guztiak dauzka, zeintzuk Creative Commons lizentziaren arabera kudeatuko diren.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Alberto Alberdi Larizgoitia (Director)
Departamento de Economía y Hacienda. Gobierno Vasco

Javier Gúrpide Ibarrola (Subdirector)
Departamento de Economía y Hacienda. Gobierno Vasco

Alexander Boto Bastegieta - *Ihobe*

Jon Barrutia Güenaga - *UPV-EHU*

Sara de la Rica Goirizelaia - *UPV-EHU*

Josune Sáenz Martínez - *Universidad de Deusto*

Jesús Ferreiro Aparicio - *UPV-EHU*

Mikel Navarro Arancegui - *Universidad de Deusto*

PRESENTACIÓN

Ekonomiaz es una revista cuatrimestral editada desde el año 1985 por el Departamento de Economía y Hacienda del Gobierno Vasco y dirigida por un Consejo de Redacción profesional que tiene por objetivo principal fomentar el análisis y el debate económico con un enfoque regional y especial atención al campo aplicado y señaladamente a la economía vasca. La línea editorial y objetivos de la revista se pueden consultar al final de este ejemplar, así como en la página web de la revista.

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Departamento de Economía y Hacienda
c/ Donostia-San Sebastián, s/n.
01010 Vitoria-Gasteiz
T.: 945/01 90 38. Administración
945/01 90 36. Redacción
http://www1.euskadi.net/ekonomiaz
E-mail: economia@ej-gv.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

Todas aquellas personas que deseen colaborar en EKONOMIAZ deberán enviar sus artículos al Departamento de Economía y Hacienda del Gobierno Vasco (Redacción de la revista).

El Consejo de Redacción se reserva el derecho de publicar los artículos que reciba, previo sometimiento a un proceso de evaluación anónima doble por pares académicos. Su publicación no significa necesariamente el acuerdo con el contenido que será de responsabilidad exclusiva del autor. Las normas de presentación de los artículos se pueden consultar al final de este ejemplar así como en la página web de la revista.

CALIDAD DE LA REVISTA

Los artículos de EKONOMIAZ son indexados en las bases de datos ISOC del CSIC y JEL en CD, e-JEL y EconLit del Journal of Economic Literature de la American Economic Association, LATINDEX, en la red de alertas DIALNET, en el directorio DOAJ y en RePec.

DERECHOS DE PROPIEDAD

EKONOMIAZ (la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi) es la titular de todos los derechos de propiedad intelectual de los artículos originales publicados en EKONOMIAZ, que serán gestionados conforme a la licencia Creative Commons.

Edita:	Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Diseño y maquetación:	Miren Unzurrunzaga Schmitz
Depósito Legal:	BI 2017-1985
ISSN:	0213-3865
Impresión:	Gertu inprimategia (Oñati)

SUMARIO

ESTADO DE BIENESTAR Y GOBIERNO MULTINIVEL

Coordinadora: Blanca Simón

Presentación	7	
Repensar el Estado de bienestar: la sostenibilidad del bienestar intergeneracional en España y la OCDE	16	*Guillem López i Casasnovas*
La aritmética del Estado de bienestar en España	38	*Eduardo Bandrés*
¿Por qué los españoles son (moderadamente) autonomistas? Las ganancias regionales de eficiencia y la preferencia por la autonomía	62	*Julio López* *Fernando Rodrigo*
El efecto de las desigualdades socioeconómicas en el sistema educativo español	82	*Jorge Calero* *Álvaro Choi*
Los sistemas de garantía de ingresos ante la crisis: una perspectiva territorial	108	*Luis Ayala*
Descentralizacion de los sistemas sanitarios europeos: ¿entre la innovación y la eficiencia?	130	*Joan Costa i Font*
Sanidad y dependencia. Atención sanitaria y servicios sociales: ¿una cuestión de integración o sólo de coordinación?	148	*Cristina Vilaplana*
Ley 39/2006 de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Determinantes de las prestaciones por comunidades autónomas	204	*Virginia Colás* *Blanca Simón* *Angelina Lázaro*
Inmigración, Estado de bienestar y gobierno multinivel en España	230	*Francisco Javier Moreno*
Realidad y retos de la protección social en Euskadi	256	*Mª Luz de la Cal*

OTRAS COLABORACIONES

Patrones de gasto de las comunidades autónomas y su evolución durante la crisis (2007-2010): especial referencia a Euskadi y Navarra	294	*Ana M. Ferrero* *Ixone Alonso*

Presentación

A la memoria de Antonio Sánchez Sánchez

Blanca Simón

El Estado de bienestar se podría definir como el encargado de llevar a cabo una serie de medidas que permitan a los ciudadanos de una nación el acceso a unos servicios esenciales que hagan posible su supervivencia, dentro del modelo de economía de mercado. Dicho de otro modo, es el conjunto de medidas adoptadas por el Estado para proteger a los ciudadanos contra aquellos riesgos frente a los cuales el mercado no ofrece una cobertura ni eficiente ni equitativa.

Los objetivos del Estado de bienestar surgen de la cobertura de necesidades económicas y sociales y para solucionar fallos del mercado y con las restricciones del propio crecimiento económico. Las instituciones sociales tratan de buscar la eficiencia, la equidad y el desarrollo de una administración factible con las restricciones de los grupos de presión y los intereses de los diferentes niveles de gobierno.

Pueden identificarse varios tipos de intervención del Estado de bienestar que afectan directamente a los ciudadanos ya sea en: a) servicios públicos, principalmente, como la sanidad, la educación, el apoyo a las familias, servicios sociales, y la vivienda; b) transferencias sociales de fondos públicos de unos ciudadanos (trabajadores y empresarios) a otros, como las pensiones de vejez, viudedad o discapacidad; c) intervenciones normativas, leyes y normas mediante las que el Estado u otras unidades administrativas contribuyen a consolidar el bienestar y a proteger a los ciudadanos; d) intervenciones públicas que establecen condiciones laborales favorables para el desempeño del trabajo de los ciudadanos[1].

España no empieza a configurar un auténtico Estado de bienestar hasta la década de los ochenta. Cuando en la mayoría de los países de nuestro entorno se empezaba a hablar de una posible crisis del Estado de bienestar, el nuestro se encontraba en plena expansión con la universalización de los principales pilares (sanidad, educación y pensiones). Con la aprobación de la llamada Ley de Autonomía Personal y Dependencia en 2007 se iniciaría la construcción del denominado cuarto pilar.

A lo largo de los últimos años, han merecido un amplio interés tanto las cuestiones relacionadas con la reforma del Estado del bienestar como las que tienen que ver con las implicaciones fiscales y financieras de la descentralización del sector público. Cada una de ellas, examinadas por separado, ha recibido una gran atención tanto

---

[1] NAVARRO, V. (2004): «El Estado de bienestar en España». En Navarro, V. (coord.), 2004: *El Estado de bienestar en España.* Ed. Tecnos. Madrid., 15-32.

por parte del análisis académico como del debate político. Sin embargo, también existen implicaciones mutuas. La problemática de la descentralización de las políticas sociales en el Estado del bienestar nos conduce a plantearnos numerosas cuestiones recogidas en Castells (2001): ¿cuál es el nivel de gobierno más adecuado para suministrar los servicios de protección social, educación, sanidad o de atención a la familia?, ¿nos proporciona el análisis económico criterios útiles para abordar esta cuestión?, ¿cuál es la experiencia de los distintos países en esta materia?, ¿la descentralización contribuye a aumentar o a disminuir el gasto público en estos servicios?[2].

Cuando hablamos de la descentralización de las políticas sociales en el Estado de bienestar, es necesario recordar que hay distintos modelos de Estado del bienestar. Es cierto que todos ellos comparten unas características básicas pero también que muestran concreciones distintas desde numerosos puntos de vista: amplitud de los niveles de cobertura, grado de universalidad en la prestación de los servicios, formas de financiación, políticas realizadas, mecanismos institucionales, entro otros. Siguiendo a Esping-Andersen (1996), se pueden distinguir tres modelos de Estado del bienestar[3]. El modelo socialdemócrata e institucional, propio de los países escandinavos, caracterizado por una extensión universal de los servicios públicos y una amplia provisión pública de los servicios de atención a la familia. El modelo continental corporativista, arraigado en los países del centro de Europa, y en parte de los del sur, caracterizado por la vinculación de las prestaciones sociales a la condición de trabajador y la debilidad de los servicios de atención a la familia. Finalmente el modelo liberal y anglosajón, desarrollado en Estados Unidos y el Reino Unido, aunque en grados distintos, en el que la protección social y la sanidad tienen un carácter más residual y la prestación universal está limitada a las personas mayores.

Algunos autores añaden a esta clasificación el modelo sureño corresponde a los países que han desarrollado un Estado de bienestar más tardíamente (años setenta y ochenta), tales como: Grecia, Italia, España y Portugal. Este paradigma sureño tiene como base la familia, la cual resulta imprescindible en la provisión de bienestar social a sus ciudadanos quedando, de esta forma, relegada la intervención pública. En este sentido, el Estado garantiza un nivel básico de seguridad social asumiendo la existencia de una ayuda informal ofrecida por redes familiares. Se trata del modelo social con menores gastos y está fuertemente basado en las pensiones y en unos gastos de asistencia social muy bajos[4].

En la diversidad de modelos subyace, en el fondo, la creencia de que existe un cierto grado de sustitución entre la igualdad y la creación de empleo, y una discre-

---

[2] CASTELLS, A. (2001): *La descentralización de las políticas sociales en el Estado de Bienestar*, Institut d'Economia de Barcelona, Documento de Trabajo 2001/3.

[3] ESPING-ANDERSEN, G. (ed.) (1996): *Welfare States in Transition*, Sage, Londres.

[4] BARROSO, M. Y CASTRO, J. (2010): *Estado del bienestar y crisis económica: una revisión bibliográfica*, XII Reunión de Economía Mundial, Universidad de Santiago de Compostela.

pancia respecto a cuál de los dos objetivos es más importante. El modelo anglosajón considera que es el empleo, y no las transferencias, la solución a las situaciones de pobreza, y que lo que hay que tratar es de favorecer la creación de empleo por parte del mercado. En los países del sur de Europa, y en concreto en España, el modelo se asemeja, en algunos aspectos básicos, al continental, pero no tiene el grado de expansión de los países del centro de Europa.

La teoría económica del federalismo fiscal ofrece cierta ayuda para decidir la atribución de las distintas responsabilidades de gasto a los diferentes niveles de gobierno. En principio, se puede afirmar que los bienes públicos puramente locales (es decir, aquellos cuyos beneficios se extienden a un ámbito perfectamente delimitado territorialmente), deberían ser responsabilidad de los gobiernos subcentrales, intermedios o locales según los casos, mientras que los bienes públicos universales (o de carácter general), o aquéllas políticas que tienen claras implicaciones redistributivas o estabilizadoras, deberían ser más bien una responsabilidad del gobierno central, o de los gobiernos de ámbito superior.

Sin embargo, en la realidad la mayoría de los bienes y servicios que suministra el sector público no encajan de forma nítida en una sola, y sólo una, de estas dos categorías, sino que son realidades mixtas, en las que los aspectos asignativos y redistributivos aparecen entremezclados, y los límites territoriales son difíciles de precisar.

Existe un amplio acuerdo en la literatura en el sentido de que la descentralización de las responsabilidades de gasto puede comportar sustanciales ganancias de eficiencia. Sin embargo, a estos argumentos se oponen algunos otros, en el terreno de la eficiencia, en el de la redistribución y la estabilización macroeconómica. En el campo de la eficiencia, el principio de la unidad de mercado tiene un potencial fuertemente centralizador. Aplicado hasta sus últimas consecuencias, este principio debería comportar, en teoría, la eliminación de cualquier obstáculo que distorsionara los precios relativos entre mercancías y servicios en el ámbito territorial del mercado. Cuando se habla de *dumping* social se hace referencia a esta cuestión: distintas regulaciones o políticas sociales en los distintos territorios pueden distorsionar los precios relativos y alterar las condiciones de la competencia.

En consecuencia, no sólo es importante determinar a qué nivel de gobierno es más eficiente la provisión de los bienes públicos, sino de esclarecer qué nivel de gobierno puede desarrollar una administración más eficiente, esto es, una administración con rendición de cuentas y responsabilidad ante sus ciudadanos. Los gobiernos subcentrales tienen a este propósito puntos fuertes (una mayor capacidad de adaptación e innovación y unos ciertos mecanismos de control), pero también puntos débiles (menores recursos y dimensión y una mayor vulnerabilidad frente a intereses particulares).

Uno de los grandes retos a los que se enfrenta nuestro país en las próximas décadas es el de asegurar la sostenibilidad del Estado del bienestar en un contexto muy

desfavorable. El problema es fundamentalmente demográfico. La crisis de los años setenta marca el principio de un rápido proceso de envejecimiento que, pese al alivio transitorio que ha supuesto la avalancha inmigratoria de los últimos años, parece difícilmente reversible y tiene profundas implicaciones para la evolución de nuestras cuentas públicas. Con una población cada vez más envejecida, no nos queda más remedio que rediseñar nuestro sistema de protección social (incluyendo sanidad, pensiones y dependencia) para asegurar su viabilidad a largo plazo.

Con la única excepción de las pensiones, los servicios públicos que conforman el Estado del bienestar (educación, sanidad, servicios sociales y atención a la dependencia) están en nuestro país en manos de las administraciones regionales. Y a la inversa: desde el punto de vista del gasto que gestionan, las comunidades autónomas son poco más que las entidades gestoras del Estado de bienestar. Esta doble coincidencia debería jugar un papel fundamental a la hora de diseñar los mecanismos de financiación regional, aunque hasta el momento no lo ha hecho. Por un lado, no parece razonable que los presupuestos de las entidades gestoras del sistema educativo y sanitario estén sujetos a fuertes fluctuaciones cíclicas. Por otro, el sistema debería estar diseñado con un cierto sesgo hacia la contención del gasto[5].

Los límites del Estado de bienestar vendrían condicionados por los límites fiscales del propio gasto público, lo cual habría dado lugar a lo que O´Connor (1981) denomina como crisis fiscal del Estado. Y ello no es más que una consecuencia de la falta de ingresos tributarios que sufre el propio Estado debido a la menor actividad económica que se produce en tiempos de crisis por los estabilizadores automáticos[6]. Por ello, es conveniente defender unos límites razonables del Estado de bienestar que eviten el sesgo de tener que delimitarlo según las fases del ciclo económico y que obedezcan, sobre todo, a criterios de racionalidad y de eficiencia económica.

La contribución inaugural del monográfico la realiza **Guillem López i Casasnovas** quien ofrece una reflexión de un conjunto de cambios propuestos a fin de orientar el futuro de las políticas públicas en el campo de la acción social. Las prioridades del bienestar no están en un elevado gasto público/PIB, sino en una ocupación digna y retribución adecuada por el trabajo y la productividad ganada, y no por tanto en la dependencia de los ciudadanos de prestaciones sociales más o menos discrecionales. En el contexto de la realidad económica y social española, el autor propone que las opciones de políticas públicas que mejor puedan garantizar no sólo la sostenibilidad de la protección social, sino también su solvencia, pasa por la identificación de tres ejes: el del alcance de la cobertura poblacional en el vector universal-restrictivo asociable a la prueba de medios; el del contenido de las prestaciones y servicios cubiertos (el lado de la oferta o catálogo público de servicios) y el de los

---

[5] DE LA FUENTE, A. (2009): *Estado del Bienestar y Estado Autonómico,* http://www.abc.es/gestordocumental/uploads/economia/estbienestar%26aut1.pdf

[6] O´Connor (1981): *La crisis fiscal del Estado*. Península, 26.

efectos del plano de la «elegibilidad» (quién tiene derecho a qué) en la utilización de los servicios y así en los impactos de costes unitarios y presupuestos globales.

La siguiente aportación de **Eduardo Bandrés** analiza la situación actual del gasto social en España, su comparación con los países avanzados y las perspectivas de su evolución futura. España no tiene un problema de exceso de gasto social aunque la crisis económica ha desbaratado la estabilidad del gasto público social por la brusca caída de la actividad económica y por el componente automático de determinadas prestaciones sociales aumentando el peso relativo del gasto público social sobre el PIB hasta el 28% en 2009. No obstante, los recursos destinados a la cobertura de las necesidades sociales en España están entre los más bajos de las economías avanzadas. Cualquier propuesta de reforma de los servicios y prestaciones del sistema de protección social debe contemplar el balance resultante de ganadores y perdedores. El gasto público social y los impuestos y cotizaciones que lo financian tienen un impacto redistributivo sobre la renta de mercado (rentas primarias) que reduce la desigualdad en un 23%. Sin embargo, el sistema fiscal apenas contribuye a dicha reducción, configurándose como un sistema que en conjunto es escasamente progresivo, casi proporcional de modo que el efecto redistributivo del Estado de bienestar recae casi exclusivamente sobre el gasto social. En consecuencia, la financiación de las prestaciones por medio del sistema fiscal no garantiza su progresividad, siendo necesario descender al análisis de cada figura tributaria y la privatización o el recorte del gasto social da lugar a una mayor desigualdad en la distribución personal de la renta. Además, la redistribución asociada al gasto público social tiene lugar a lo largo del ciclo de vida de las personas por lo que constituye un mecanismo de seguridad para la gran mayoría de la sociedad.

Julio López y Fernando Rodrigo se preguntan si la preferencia de los ciudadanos por la fórmula autonómica de organización del Estado está directamente condicionada por el reconocimiento por los mismos de la existencia de ganancias de eficiencia derivadas de la descentralización. Aún teniendo en cuenta que los ciudadanos tienen muchas dificultades para identificar correctamente a las administraciones responsables de la prestación de los diversos bienes y servicios públicos que reciben, y que esta deficiencia puede condicionar decisivamente su estimación de la actuación de cada gobierno, los resultados del modelo multinivel apoyan la hipótesis planteada. Si los individuos opinan que el Estado autonómico ha contribuido a acercar la gestión de los asuntos públicos a los ciudadanos y que no ha aumentado el gasto público, también son más partidarios de la fórmula descentralizadora. Con respecto a la opinión de los ciudadanos de la política desarrollada por las comunidades autónomas en materia de sanidad e infraestructuras (puesto que la educación no resulta, en ningún caso, significativa), la interpretación de los autores es que los encuestados pueden estar vinculando la actuación deficiente en estos ámbitos con una descentralización insuficiente de los servicios afectados.

Jorge Calero y Álvaro Choi se plantean como objetivo determinar cómo inciden las desigualdades socioeconómicas en las trayectorias y resultados educativos en

España. El sistema educativo español es, en términos comparativos, poco sensible a las desigualdades socioeconómicas y culturales. Sus resultados, medidos mediante la evaluación de PISA, son menos dependientes de los recursos de la familia que en países de nuestro entorno (como Francia o Austria). Sin embargo, las diferencias en función del origen existen y son significativas. En el artículo los autores han profundizado en ellas por medio de dos análisis aplicados a los determinantes, respectivamente, del riesgo de fracaso escolar y del abandono escolar prematuro. En ambos casos, más que las diferencias estrictamente económicas, son las diferencias de índole socio-cultural las que inciden de forma más significativa en las trayectorias educativas. Finalmente, el incremento de la movilidad intergeneracional positiva (en el sentido de que los niveles educativos de los hijos/as resultan cada vez más independientes del de los padres y madres) se da tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, este incremento es mayor en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, la situación de España, al finalizar el periodo estudiado, corresponde a una movilidad todavía inferior a la de muchos países europeos.

Luis Ayala estudia algunos de los cambios en la pobreza y en otros indicadores representativos de la insuficiencia de ingresos en España, con un especial énfasis en las diferencias territoriales, así como la respuesta general de los sistemas de garantía de ingresos y la más específica de los programas de renta mínima de las comunidades autónomas. Algunos de los filtros informales de protección, como la distribución intrafamiliar del desempleo, que en crisis anteriores sirvieron para amortiguar el efecto del paro sobre la pobreza, no han tenido la misma capacidad en la actual recesión. La tasa de paro de la persona principal del hogar y el porcentaje de hogares en los que todos los miembros activos están en paro han mostrado una evolución muy negativa, que ha alcanzado su máximo histórico en un intervalo temporal muy breve. En el caso de los hogares sin ingresos, los resultados confirman la existencia de situaciones muy diferentes en cada comunidad autónoma, con un rango considerablemente más amplio que el de las tasas de desempleo. En la evolución de las rentas mínimas aunque se ha mantenido un modelo territorial muy fragmentado en la atención de las situaciones de insuficiencia de ingresos, no han aumentado drásticamente las diferencias en la protección que reciben los hogares pobres en distintas zonas del territorio. También ha habido una respuesta importante de los programas en la acogida de los hogares con dificultades económicas aunque parece difícil que esta cobertura pueda mantenerse en el tiempo por el aumento del desempleo y las restricciones presupuestarias.

Joan Costa ofrece una perspectiva e interpretación de la literatura sobre los efectos de la descentralización sanitaria, en particular, sobre los desequilibrios verticales y horizontales, partiendo de la realidad de diferentes países europeos en los que, al igual que en España, la sanidad ha sido gestionada por gobiernos subcentrales. Los resultados empíricos sugiere mejoras en la innovación de programas específicos del sistema sanitario y, en menor medida, mejoras de eficiencia a largo plazo. No obstante, en la mayoría de los sistemas sanitarios descentralizados persisten problemas de diseño, es-

pecialmente algunos desequilibrios verticales que dan lugar a los llamados «déficit sanitarios», cuando las restricciones presupuestarias subcentrales son percibidas como débiles. Por otra parte, la experiencia descentralizadora parece indicar un efecto reductor de los desequilibrios fiscales horizontales. El autor defiende que la principal razón existente para la descentralización sanitaria redunda en satisfacer demandas heterogéneas en necesidad sanitaria y preferencias en términos de gestión. No obstante, dada la limitada movilidad, los efectos competitivos de la descentralización en sanidad se producen gracias a la conexión entre la población y el servicio de salud, lo que se conoce como los mecanismos de la agencia política. Para hacer frente al crecimiento del gasto se debería demandar no solamente la capacidad, sino los incentivos a nivel subcentral para evitar trasladar el déficit al resto del Estado. También es posible diseñar un modelo de descentralización sanitaria que fomente la innovación y la eficiencia sin dar lugar a importantes desigualdades regionales. Ello es así debido a la capacidad que ofrecen los modelos descentralizados de experimentar a bajo coste y luego extender las innovaciones a los demás gobiernos sanitarios subcentrales.

El trabajo de **Cristina Vilaplana** trata de arrojar algo más de luz sobre el estado de la coordinación sociosanitaria en España. Se observa que las personas de más edad o las que tienen un elevado grado de dependencia son las mayores consumidoras de prestaciones sociosanitarias y que existe una fuerte conexión entre dependencia y consumo de algunas prestaciones sanitarias (atención primaria, especializada y hospitalaria). Sin embargo, la dependencia no es un estado circunscrito a la vejez, sino que los mayores consumidores de prestaciones sociosanitarias son personas dependientes totales, pero relativamente más jóvenes. En estas circunstancias, la autora aboga porque la atención sociosanitaria tenga una postura integradora. En primer lugar, por el propio individuo; porque ante la perspectiva de un horizonte vital suficientemente prolongado a pesar de su situación de dependencia, es necesario hacer todo lo posible para garantizarle un nivel de calidad de vida satisfactorio. En segundo lugar, porque la atención a las personas en situación de dependencia excede el ámbito meramente de los servicios sociales y es imprescindible dar una respuesta rápida y eficaz en función de las necesidades coyunturales o estructurales en situación de dependencia. La coordinación o integración de ambos sistemas, social y sanitario, debe ser la respuesta para garantizar la adecuación de la prestación proporcionada de acuerdo con las necesidades del paciente dependiente.

Virginia Colás, Blanca Simón y Angelina Lázaro analizan la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD) para ahondar en los determinantes de las prestaciones concedidas al amparo de la misma entre 2007 y 2011 en las distintas comunidades autónomas. El objetivo del trabajo es demostrar que existen diferencias en el nivel de rendimiento (medido como el número de prestaciones concedidas) de las comunidades autónomas a la hora de hacer frente a los retos de la atención a la dependencia y explicar, al menos en parte, a qué se deben estos factores diferenciales. Para ello se presenta un

modelo de datos de panel tanto estático como dinámico de efectos fijos para intentar identificar los determinantes del desigual rendimiento controlando por variables demográficas y económicas. De acuerdo con los resultados esperados, en la concesión de prestaciones a la dependencia son relevantes las variables demográficas como una mayor tasa de dependencia, ser mayores de 75 años y vivir en una localidad urbana en cuanto a mayor densidad de población. Por otro lado, en cuanto a las variables económicas, y confirmando la tesis de que los recursos disponibles son un factor explicativo del resultado logrado, tanto el PIB per cápita como los ingresos presupuestarios per cápita resultan significativos. En un modelo dinámico no se percibe inercia sino que, al contrario, parecen influir negativamente las prestaciones dadas en el pasado con las dadas en el presente en coherencia con la puesta en marcha del sistema de atención a la dependencia por objetivos: desde los dependientes más graves hasta los más leves, hasta completar todos los niveles de dependencia contemplados en la Ley. Una vez controladas las variables económicas y demográficas, aquellas comunidades que tienen una mayor tasa de personas con derecho a prestación son las que fueron gobernadas por gobiernos del PSOE, y las que tienen mayor proporción de población que vive en núcleos de menos de 5.000 habitantes. Finalmente, se observa un cambio estructural entre los determinantes de las prestaciones económicas y las de servicios y, pese a que en principio deberían ser más excepcionales que habituales, las prestaciones económicas tienen una peso importante dentro del total de prestaciones, por lo que es razonable que el modelo que explica las prestaciones económicas sea más semejante al modelo total de prestaciones que el modelo correspondiente a las prestaciones de servicios.

Francisco Javier Moreno reflexiona sobre la transformación de España en un país de inmigración lo que ha tenido un considerable impacto social y demográfico y ha planteando retos específicos a los sistemas de protección social. La población extranjera no comunitaria trabaja y vive en condiciones más precarias que los autóctonos y está más expuesta a sufrir riesgos de exclusión socioeconómica. Pese a ello, las poblaciones de origen inmigrante no sólo no hacen un uso particularmente intensivo de los diversos sistemas de protección social sino que se encuentran generalmente infrarepresentadas entre los usuarios de la mayoría de los servicios en proporción a su peso relativo en la población. Además, los estudios realizados muestran que el balance fiscal entre su contribución al erario público y el coste de las prestaciones y servicios sociales que reciben resulta claramente favorable a las arcas del Estado. No obstante, el asentamiento de poblaciones de origen inmigrante concentrados espacialmente en determinados barrios y municipios pone de manifiesto algunos problemas en los equilibrios de responsabilidades y competencias entre diferentes niveles de la administración del Estado. Uno de los aspectos más evidentes de dichos conflictos es el que se deriva de los desequilibrios en los flujos financieros producidos por el desigual reparto entre los costes (prestaciones y servicios proporcionados a los inmigrantes) y los beneficios derivados de la inmigración (recaudación de los nuevos contribuyentes). Un riesgo im-

portante gira en torno a la politización del fenómeno de la inmigración, y la posible pérdida de legitimidad del Estado de bienestar.

Mª Luz de la Cal presenta la dimensión y características del sistema de protección social en Euskadi y lo compara con el de los países de la UE. Se analiza cuánto se gasta, en qué tipo de protección (vejez, enfermedad, vivienda, etc.) y cuáles son las fuentes de ingresos más importantes. Asimismo estudia la evolución que ha experimentado el sistema con el objetivo de dar cuenta de los niveles de protección de los que disfruta la ciudadanía vasca en comparación con los de los países vecinos y de constatar si ha habido un proceso de convergencia en estos años. La evolución del gasto en prestaciones sociales habida entre 1995 y 2008 presenta claroscuros. Por un lado, el porcentaje del PIB dedicado a las prestaciones sociales apenas ha experimentado variación. Ello supone que en los años de crecimiento económico no se ha aumentado el esfuerzo dedicado a la protección social, así que las diferencias existentes con los países más avanzados de la UE apenas se reducen. Por otro lado, en cuanto al gasto por habitante, aunque presenta un aumento considerable, se sitúa muy por debajo al de los países del norte. Además, tomando como referencia los umbrales de pobreza defiende que el sistema de garantía de rentas existente en Euskadi permite al menos obtener recursos suficientes para evitar la pobreza a mayores de 65 años, aunque no para alcanzar los niveles de bienestar considerados normales en este territorio. Con respecto a las personas en edad laboral, la cuantía establecida no permite alcanzar el umbral de pobreza. La autora defiende que, dada la situación del mercado laboral, la diversidad de situaciones de beneficiarios con protección social y el todavía escaso desarrollo de las políticas activas de empleo, el impulso de la activación debe hacerse con estrategias que favorezca la integración social y la movilidad de la población excluida buscando su empleabilidad a largo plazo.

En el apartado de *Otras colaboraciones* se recoge el trabajo de **Ana M. Ferrero** e **Ixone Alonso** donde analizan los patrones de gasto público de la CAPV entre los años 2007 y 2010 y los compara con los de la Comunidad Foral Navarra y el resto de comunidades de régimen común. El resultado confirma la existencia de patrones similares entre la CAPV y la de Navarra, y un patrón de gasto diferente respecto de éstas y las comunidades autónomas de régimen común. Esto es debido principalmente, al particular sistema de financiación de los territorios forales y al distinto sistema competencial y modelo económico-productivo. Se identifica para el conjunto de las CCAA, una estructura presupuestaria básica, un cierto patrón común, que permite explicar también el gasto autonómico de la mayor parte de España basado en las partidas de sanidad y educación, las dos de mayor volumen y homogeneidad y que constituyen dos de los pilares del Estado de bienestar.

Repensar el Estado de bienestar: la sostenibilidad del bienestar intergeneracional en España y la OCDE

Las páginas que siguen se ofrecen al lector a modo de reflexión sucinta de un conjunto de cambios que se proponen a fin de orientar el futuro de las políticas públicas en el campo de la acción social. A partir de un análisis del actual sistema impositivo y del gasto social entre España y los países de la OCDE, se describen los nuevos problemas y el nuevo escenario social. La sostenibilidad del Estado del bienestar futuro va a depender del rediseño de las actuales políticas sociales y del pacto de unos nuevos procedimientos a través de agencializar ciertas decisiones que ayuden a superar dificultades para llevar adelante determinadas políticas.

Proposatutako aldaketen multzo bati buruzko hausnarketa laburra egin da ondorengo orrietan, eta hausnarketa honen helburua da politika publikoek gizarte-ekintzaren arloan duten etorkizuna bideratzea. Espainiaren eta ELGAko herrialdeen arteko egungo zerga-sistema eta gastu sozialeko sistemak aztertuz, arazo eta eszenatoki sozial berriak azaltzen dira. Etorkizunari begira ongizatearen estatuaren iraunkortasuna gaurko politika sozialak birdiseinatzeko moduaren eta prozedura berriak ituntzearen baitan egongo da. Itun horiek politika jakin batzuk aurrera eraman ahal izateko dauden zailtasunak gainditzen lagunduko duten erabaki batzuk agentzializatzearen bidez egin beharko dira.

This article seeks to provide readers with a concise reflection on a number of changes which are proposed with a view to orienting future public policies in the field of social action. Based on an analysis of the current tax system and social spending in Spain and other OECD countries, the latest problems and the new social scenario are described. The future sustainability of the welfare state will depend on a redesign of current social policies and on the agreeing of new procedures by placing in the hands of agencies certain decisions that can help overcome the difficulties of implementing certain policies.

Guillem López i Casasnovas[1]
Universidad Pompeu Fabra

Índice

1. Introducción
2. Algunas notas acerca de las comparaciones del gasto social
3. Algunos datos de la realidad de las finanzas públicas españolas
4. Las nuevas realidades sociales
5. Bisturí y cirugía fina para el gasto social
6. Las opciones de rediseño de las políticas
7. Pactar los procedimientos
8. Nuevos problemas, nuevas políticas

Anexo. Cuadros y gráficos de soporte

Palabras clave: gasto social, bienestar, análisis intergeneracional.
Keywords: social protection, welfare, generational analysis.

Nº de clasificación JEL: I31, I38, J62.

1. INTRODUCCIÓN

España desarrolla tardíamente su Estado de bienestar, presentado como reivindicación ciudadana de la mano de la instauración de la democracia. Este proceso de desarrollo se produce con una cierta improvisación que se cubre con entusiasmo y expectativas ciudadanas de «más es siempre mejor» y se interrumpe con la crisis económica de agosto del 2008. Más problemática que la sostenibilidad del camino recorrido es hoy el proceso de elección social que ha movido a nuestro gasto social, muy marcado por el ciclo político y elevadas dosis de ilusión fiscal.

Pese a la dureza de la crisis económica vivida, en realidad la renta familiar disponible no disminuye en España, debido al juego de los estabilizadores automáticos

[1] Este texto se basa en la conferencia que bajo el título «La política pública en los nuevos escenarios macroeconómicos» fue impartida por el autor en las Jornadas de la Cátedra MultiCaja (futura cátedra Bantierra) en febrero de 2012. Agradezco la ayuda para la preparación del trabajo a la profesora Natalia Pascual de la Universidad Pompeu Fabra.

y medidas anti cíclicas variadas, hasta junio del 2010. El consumo privado desciende en la medida que la tasa de ahorro se recupera en razón de la preocupación por el futuro (motivo precaución). El empuje que mueve el gasto público, amén de una más que dudosa evaluación coste-beneficio, incide en elevadísimos costes de déficit público que acabarán marcando la dureza de la consolidación fiscal a la que finalmente se han de someter las finanzas públicas.

Han acontecido, por tanto, muchas cosas desde que España comenzó a construir su Estado de bienestar. El haber llegado tarde, ha de poder querer decir sin embargo, que aprendemos de los éxitos y errores de quienes lo hicieron con más premura. Sabemos ya hoy que España ha vivido por encima de sus posibilidades reales (nadie puede gastar eternamente por encima de lo que produce), cifrado en torno a un 10%, gracias a las ayudas de la Unión Europea a lo largo de la mayor parte de las tres últimas décadas, y de un desequilibrio exterior sin parangón en el mundo desarrollado.

Sin embargo, la constatación de realidades a partir de sus niveles agregados medios no es buena guía para la acción pública en materia de política social: la varianza importa aquí y mucho, vistas las correlaciones entre crecimiento y desigualdad. Un fuerte crecimiento que genere desigualdades importantes se justifica si con el drenaje fiscal que permite se puede sufragar la política social que sea su antídoto. Aunque sea más arduo en momentos de recesión económica aplicar el mismo principio, la mayor dificultad en sostener los ingresos públicos obliga a reorientar el universalismo en el gasto que permite la bonanza recaudatoria, hacia políticas más selectivas que sean sostenibles. El universalismo se codifica entonces de «proporcionado», ahora sí, a la necesidad relativa o a la prueba de medios que oriente socialmente el acceso a los servicios públicos.

2. ALGUNAS NOTAS ACERCA DE LAS COMPARACIONES DEL GASTO SOCIAL

El gasto social es una pieza más, un instrumento, al servicio del objetivo redistributivo que pueda tener el sector público atendiendo a lo que el que el Parlamento le encomiende. Se justifica en una función de bienestar social que expresa en qué medida una sociedad es adversa a la desigualdad. Junto con la financiación de éste y otros gastos, su análisis identifica la incidencia redistributiva (ingresos públicos, cotizaciones, etc) de la acción colectiva. En consecuencia, tanto el gasto social como su financiación –y no sólo una de sus partes aisladas– debieran ser el objetivo conjunto de estudio para todos aquellos a quienes preocupa la desigualdad social.

Sin embargo, conviene tener presente que la redistribución a la que aspira el denominado gasto social es a su vez una actuación añadida a la primariamente observada distribución inicial de la renta. Así por ejemplo, es bien sabido que los países nórdicos no requieren de un sistema fiscal muy redistributivo (el peso de la imposi-

ción indirecta, regresiva, es elevado, así como suave la presión fiscal sobre el capital) ya que la distribución primaria generada por su sistema productivo es ya relativamente igualitaria: un elevado salario mínimo interprofesional y una limitación a la remuneración de directivos en forma de bonos y *stock options* pueden servir en buena medida para dicho objetivo. De modo que, después, su sistema fiscal tan dualizado tiene más un objetivo recaudatorio que redistributivo; éste se logra en mayor medida haciendo hincapié en el lado del gasto. Sin embargo, tal regulación de los mercados no está exenta a su vez de ineficiencias, que probablemente son menores que las que incorporaría una estructura impositiva para conseguir los objetivos distributivos en primer lugar. Por el contrario, se puede argumentar que el temor de las ineficiencias que imponen en el mercado las regulaciones salariales y de incentivo asignativo (impuesto sobre la renta, sobre los beneficios,…) es lo que hace que los estadounidenses y anglosajones en general opten por no interferir la eficiencia en la generación de renta, y dada la desigualdad observada en su distribución resultante, forzar sólo después (y con menos éxito) una mayor igualación mediante un sistema fiscal pretendidamente más redistributivo.

No acaba sin embargo aquí la mayor de las confusiones en el análisis (esto es, si incidir en la distribución o en la redistribución; por el lado de los gastos y contabilizando los efectos de su financiación). Cabe remarcar también ambigüedades en el estudio de la doble vía de afectación a la composición del gasto social, ya sea éste gasto social público en sentido estricto –por la vía administrativa presupuestaria financiera directa–, o gasto social 'privado' –por la vía de la regulación mandataria–, tal como acontece en países que apuestan por la financiación del gasto social con cargo a las aportaciones de los ciudadanos: social en la medida que quien lo determina y tutela es el sector público, y que por la vía de la regulación traslada su financiación coactiva a los usuarios de ciertos servicios.

Una matización añadida al respecto procede de considerar el gasto social en términos brutos o netos. Efectivamente, algunos países hacen tributar todo o parte del gasto social (pensiones, subsidios, indemnizaciones), mientras otros lo eximen o permiten que sean susceptibles de desgravación fiscal; hecho que hace que no aumente el gasto público pero sí que disminuya su financiación, dejando más recursos en los bolsillos de los destinatarios de aquellas políticas. Dichas deducciones al no ser universalistas, en la medida en que seleccionan a los destinatarios, permiten una mayor adecuación 'a la medida de los beneficiarios' que los gastos universales, especialmente cuando éstos se entienden de acceso libre sin restricción por necesidad relativa o demanda priorizada.

Por supuesto, conviene no ignorar tampoco la distinción más clásica en el gasto social público, entre las estrategias que se basan en sufragar servicios en especie como formas de consumo público, respecto de aquellos otros que lo fundamentan en transferencias monetarias, al ser muy diferentes sus efectos en la libertad de elección y en las consecuencias que se derivan de no utilizar los servicios en especie.

Finalmente, adquiere relevancia en la comparación analizar el gasto social en términos de capacidad adquisitiva, esto es de la paridad de compra diferencial de un euro entre territorios diversos e incluso, si así se desea comparar, vista la evolución del índice de precios al consumo de acuerdo con la distinta composición de las cestas de consumo y ocio de sus beneficiarios.

Todos estos extremos tienen después su reflejo en la utilización de distintos índices de comparación. Nos hemos referido de momento tan sólo en el numerador (gasto social completo o sólo gasto de las AA.PP, en términos netos o no, reales o no), pero también el denominador de referencia es decisivo. Este es el caso a la vista de la extrema sensibilidad a la evolución, digamos, de la renta (aumentando su ratio cuando un país entra en recesión) o de la población: su composición (pirámide demográfica, población envejecida, etc.) es más decisiva que su simple cuantía, y su estandarización normalizada, según criterios ajenos a la utilización observada, es absolutamente fundamental.

Con los razonamientos anteriores me atrevo a continuación a señalar algunos equívocos corregidos con el respaldo de los cuadros y gráficos adjuntos.

Los impuestos indirectos, sobre el consumo (IVA, especiales) son regresivos: los soportan en mayor medida (en proporción a la renta) los grupos menos favorecidos. En este terreno, los países nórdicos triplican en tipos los de los Estados Unidos. Contraviniendo intuiciones, Suecia grava menos el capital que EE.UU. o que el Reino Unido. La tendencia proyectada en el ratio gasto social/PIB, conjugada con la crisis que vivimos –más paro, menos generación de renta–, permite que en el 2012 nuestro gasto social/PIB converja ya con el correspondiente a Suecia (23% frente a 25%). El nivel de nuestro gasto sanitario público/PIB se sitúa ya así por encima de la media de la OCDE (6,1 frente a 5,8). Por cierto, el gasto sanitario público/PIB de EE.UU. es mayor que el nuestro (7,2 frente a 6,1). ¿Son todos ellos indicadores de una mayor generosidad, bienestar personal e intensidad protectora? Ciertamente no. Las prioridades del bienestar no están en un elevado gasto público/PIB, sino en una ocupación digna y retribución adecuada por el trabajo y la productividad ganada, y no por tanto en la dependencia de los ciudadanos de prestaciones sociales más o menos discrecionales.

Eso no es todo. Si se analiza[2] el gasto social total en términos netos, países como Canadá, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido o EE.UU. no muestran niveles distintos sino más bien similares. Y es que los países nórdicos, por ejemplo, gravan fuerte-

[2] La lectura del reciente Documento de la OCDE en el directorio Social, Ocupación y Emigración nº 124, que lleva por título: «Is the European Welfare State really more expensive. Indicators on Social Spending 1980-2012» de W Adema, P Fron y M Ladaique, OCDE, 2011, me da la oportunidad de redactar el texto que sigue como contribución a la mejor comprensión de algunos de los elementos clave en el análisis del gasto social tanto en el sistema comparado como en relación a su evolución temporal en nuestro país. Se trata de notas que pretenden orientar una discusión razonablemente informada.

mente (el doble que la media OCDE) las transferencias públicas que otorgan, mientras que los anglosajones casi eximen dichas rentas de tributación. Contrariamente a las intuiciones, España tiene más gasto social/PIB que Noruega: ello se debe a las elevadas prestaciones (subsidio de paro inclusive) que tiene España y que no se observan en el país nórdico.

La importancia del gasto privado socialmente regulado y subvencionado (agua, luz, gas, acceso a determinados servicios,…) resulta decisivo para el bienestar de las personas aunque a menudo muchos analistas lo ignoran. También en los aspectos relativos a la parte de gasto social financiado con tasas –copagos– y precios públicos, para los que los países nórdicos muestran cifras mucho más elevadas que la mayoría de los mediterráneos. El peso de los impuestos indirectos restan también capacidad de compra de manera diferente: más en los países del norte que del sur de Europa. También las actividades sumergidas o de la economía informal (atención a ancianos y a niños particularmente) marcan diferencias: la formalización de los cuidados genera renta y encarece el coste que se reparte desigualmente; especialmente cuando abunda la inmigración. El gasto social total en España si acaso falla es en las escasas políticas de vivienda y servicios diferentes de los sanitarios y también en la escasa existencia de prestaciones para la población joven y en edad de trabajar. Por lo demás, España luce mejores posiciones en el *ranking* de gasto social bruto (el décimo entre 27) en el que pierde cinco puestos cuando se considera neto de impuestos y deducciones. Y contrariamente a lo que son los *aprioris*, en el conjunto del gasto social, el componente privado de Suecia o Dinamarca multiplica por más de cuatro veces el español (9,5 frente a 2,2).

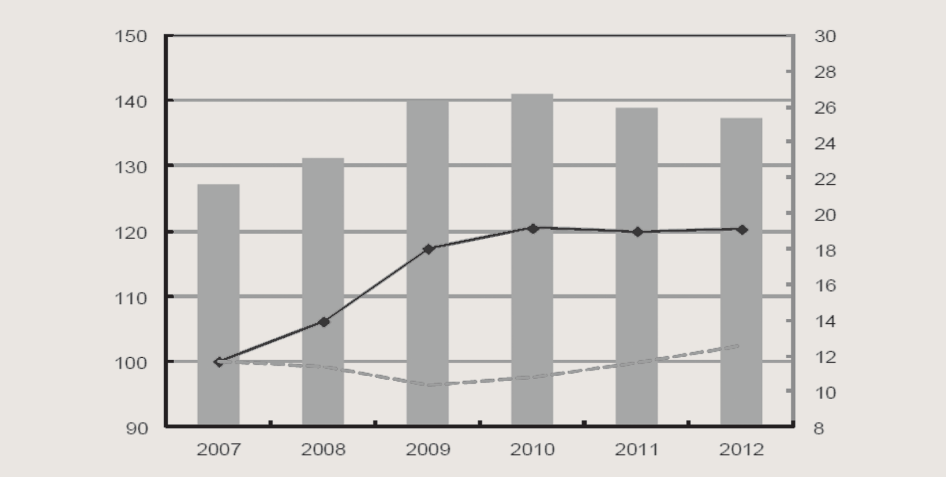
3. ALGUNOS DATOS DE LA REALIDAD DE LAS FINANZAS PÚBLICAS ESPAÑOLAS

Atendiendo a las liquidaciones de los ejercicios presupuestarios recientes (marzo, 2012), es fácil probar como casi la mayoría de las administraciones públicas han de dedicar en torno al 20-25% de sus ingresos al pago de los servicios de la deuda. Son por un lado los correspondientes a sus intereses y por otro lado a las amortizaciones, crecientes éstas en la medida que las renovaciones, que se añaden a los déficit corrientes, se han de sufragar a tipos más elevados afectos a mayores primas de riesgo soberano.

La trascendencia que ello tiene es que supone un lastre creciente que erosiona año tras año la capacidad de gasto (social) distinto que el financiero, y a partir de una recaudación fiscal a la baja. Constatemos además que muchas de nuestras administraciones apenas cubren, como resultado, dos tercios de su gasto total a partir de sus ingresos ordinarios (no derivados del endeudamiento). Dicho endeudamiento no cumple la regla de oro de las finanzas públicas que justifica que por encima del

componente cíclico del déficit (pérdida automática de ingresos y aumento de los resortes anticíclicos devengados por el gasto), sólo es aceptable aquel déficit asociado a gastos de inversión que, previamente evaluado, supone su autosostenibilidad a partir de los beneficios presentes y futuros. Sin embargo, la cultura de la evaluación continúa siendo escasa en las administraciones, donde predominan la inercia y ciertas dosis de comportamientos clientelares.

Gráfico nº 1. **ESTIMACIONES DEL GASTO SOCIAL PÚBLICO REAL (LÍNEA CONTINUA) Y DEL PIB REAL (LÍNEA DISCONTINUA) ÍNDICE 2007=100 (AMBAS EN ESCALA IZQUIERDA) Y DEL GASTO SOCIAL PÚBLICO(EN ESCALA DERECHA) 2007-2012 ESPAÑA.** (en % PIB)

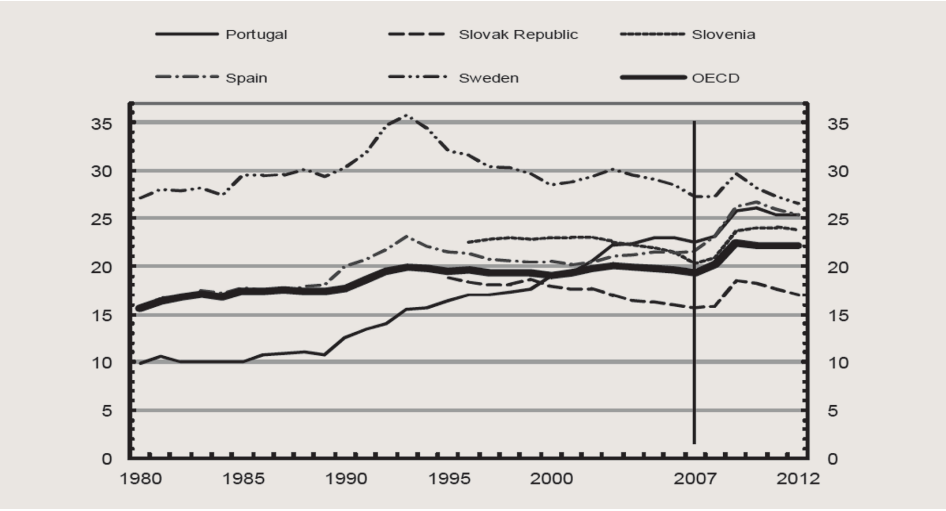


Fuente: Adema, W., P. Fron and M. Ladaique (2011), «Is the European Welfare State Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)», OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5kg2d2d4pbf0-en

Vale la pena en todo caso remarcar que tanto los relativamente menores niveles de deuda pública/PIB y de gasto social per cápita, no son, desgraciadamente, espitas que permitan obviar el proceso de consolidación fiscal. En efecto, en el análisis económico no es tan importante hoy nuestro nivel de deuda pública (en torno al 70 % del PIB) como la capacidad de generar recursos para sostener a unos pagos crecientes, resultado no sólo del factor cantidad (deuda) como de su precio (coste financiero de títulos que se suscriben libremente en los mercados). Y en lo que atañe al gasto social per cápita, aún detectando diferenciales de en torno a veinte puntos inferiores a otros muchos países desarrollados, lo sustantivo aquí es el margen de crecimiento que permite el diferencial de carga fiscal en la competitividad de la economía. La presión fiscal agregada (recaudación/PIB) aún situándose en la parte media baja de la comparación, está ciertamente afectada por una renta que elude o defrauda sus

obligaciones con el fisco. Siendo ello perseguible no como fuente de mayor gasto público, sino primeramente de legitimización social de la imposición podría en su caso condicionar, como ingreso afectado más que como coartada para un incremento del déficit, al mayor gasto social. Cada país, en definitiva, le dirá al gasto social lo que se puede permitir, tanto por desarrollo económico como por cultura ciudadana ante el fisco. Anotemos en este sentido que habernos comportado como país por encima de nuestra capacidad productiva real, puede haber alimentado un gasto social, en crecimiento, que se manifestaba con elasticidad renta superior a la unidad, lo que obligaría hoy en una etapa recesiva a una reducción efectiva que superase al diferencial antes observado; esto es, por encima y no por debajo del 10%.

Gráfico nº 2. **EL GASTO SOCIAL HA AUMENTADO EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES DE LA OCDE. (% GASTO SOCIAL PÚBLICO/PIB. 1980-2012)**



Fuente: Adema, W., P. Fron and M. Ladaique (2011), «Is the European Welfare State Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)», OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5kg2d2d4pbf0-en

En este sentido, la sostenibilidad de nuestro gasto social sólo se puede asociar a la recuperación de la senda del crecimiento, una vía a explorar que sobrepasa el objetivo de este trabajo.

4. LAS NUEVAS REALIDADES SOCIALES

Aún en el caso que nuestro sistema de protección social pudiese obviar sus problemas de sostenibilidad financiera, permanecerían, a nuestro entender, los de solvencia; esto es, la necesidad estructural de adaptar los dispositivos asisten-

ciales a las nuevas realidades sociales. Tales son los cambios demográficos y del mercado de trabajo que, exigen todos ellos nuevos enfoques de reequilibrio intergeneracional.

En primer lugar, ello es así habida cuenta de un mercado de trabajo que no señaliza el capital humano correctamente, compensando lo que no sufrague la propia política social. En efecto, hasta muy recientemente, la acción social privilegiaba a nuestros mayores en un ciclo vital que les había sido relativamente adverso, dejando que los jóvenes encontrasen en los aspectos retributivos y de mejora de calidad de vida, la compensación por su mayor esfuerzo y productividad. Ante un mercado laboral fuertemente dualizado y un «mileurismo» y paro crecientes con sesgos hacia los colectivos de menor edad, aquellas compensaciones «cruzadas» han dejado de producirse. De nuevo, recordemos aquí que dichas constataciones relativas a niveles agregados medios, requieren de análisis de distribución causales.

En segundo lugar, la llamada tercera revolución industrial está cambiando el encapsulamiento tradicional de clases y corporaciones. La movilidad funcional, rotación laboral, formación en capacitaciones más polivalentes están rompiendo la estratificación tradicional que cohesionaba intragrupos los individuos por clases, categorías, corporaciones. Esta mayor permeabilidad obliga a mejorar los análisis de incidencia redistributiva contabilizando las diversas situaciones a lo largo de ciclos vitales individuales según tasas internas de rendimientos asociadas a sus «residuos fiscales» o diferencias en la incidencia beneficio-carga de cada una de aquellas categorías.

En tercer lugar, se ha añadido un cúmulo de conocimiento nuevo al constatar que donde surgen efectivamente las desigualdades sociales no deseadas y evitables por la acción pública es en las capacidades cognitivas y no cognitivas desde el nacimiento del individuo. Lo cual forzaría a priorizar la política en «las mujeres y los niños primero», y después en el trabajador poco formado y segmentado por la brecha tecnológica para evitar un *gap* que lastra de por vida. En esta orientación diversos autores han mostrado cómo las tasas de rendimiento de la inversión en capital humano disminuyen con la mayor edad del beneficiario, centrando en la educación prematura de los niños la mejor rentabilidad social.

Los tres factores anteriores fuerzan a buscar la solvencia del sistema de protección social en aquellos ejes específicos que favorezcan resortes, y capacidades de respuesta para afrontar nuevas situaciones que lejos de consolidar –anquilosar– la protección social, la hagan flexible a los nuevos retos y «moldeable» a situaciones que exploren las varianzas distributivas localizando los grupos socialmente más frágiles. Dicha acción es particularmente necesaria en etapas de crisis que implican recortes de gasto, dado el peligro de que los grupos de intereses socialmente más prevalentes se movilicen en contra de dichos recortes y que ante la imperiosidad de la consolidación fiscal sean los grupos más frágiles de menor capacidad de movilización quienes soporten las consecuencias.

5. BISTURÍ Y CIRUGÍA FINA PARA EL GASTO SOCIAL

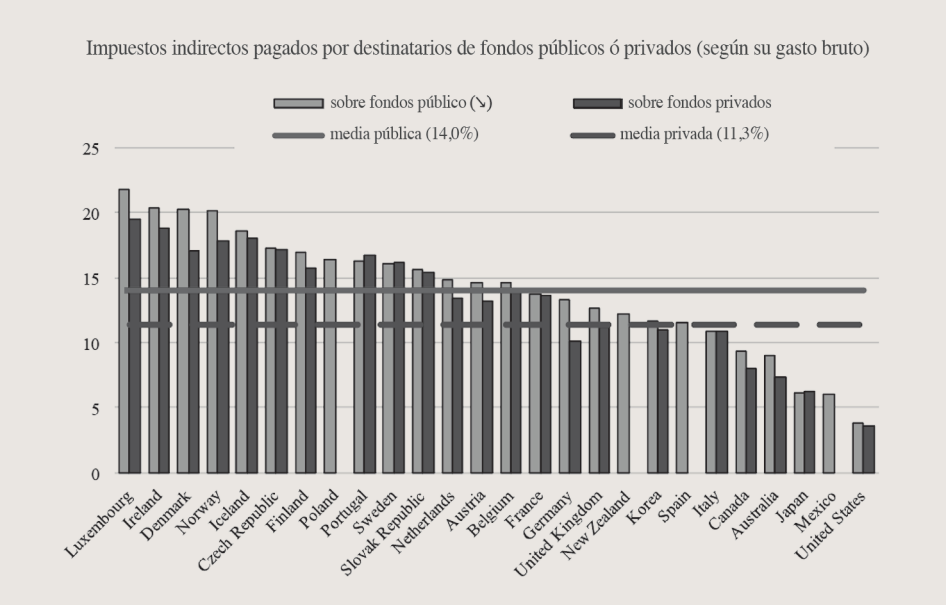
Conviene que antes de iniciar el análisis de la adaptación o reajuste de la política pública a las nuevas coordenadas financieras, remarquemos la importancia –descrita en otros trabajos– de conjugar las 3 C de las economías eficientes («high powered» en terminología de O. Wiliamson); éstas son, el capital físico (infraestructuras), capital humano (financiación, educación) y capital social (el sentirse parte de un todo como elemento reductor de los costes transaccionales). Las tres C son en una forma u otra capital público, pero la composición de todas ellas a partir de una restricción presupuestaria dada, marca la eficiencia asignativa social. Se trata de construir la arquitectura de un sector público que sea palanca para el crecimiento y bienestar, y no un lastre a través del corporativismo protegido de unos servicios «no comercializables» cerrados obviamente a la competencia, y en este sentido potencial encubridor de ineficiencias y «lag» de productividades. La calidad del gasto público, exige para ello identificar no sólo el «qué» y el «cómo» del gasto público sino el «para qué» y los mecanismos de su financiación; un esfuerzo de análisis de incidencia redistributiva a presupuesto equilibrado, variando tanto el gasto como los recursos que lo financian.

Ello nos lleva a alertar sobre las consecuencias de la que se podría llamar «paradoja de más y mejor sector público». La idea se podría formular del modo siguiente. En efecto, un gasto social de corte universalista (acceso indiscriminado por renta) no tiene otro poder redistributivo que el que se deriva de que los deciles de renta alta consuman menos de lo que les corresponde por su peso poblacional o distribución de necesidad relativa, que las medias. De modo que más y mejores servicios en la medida que incorporan grupos de mayor capacidad económica, a pleno derecho (e incluso validando su más elevada capacidad contributiva) reduce el impacto redistributivo. Los costes de oportunidad de acceso de dichos colectivos no están en los precios sino en los costes de espera, flexibilidad, preferencias y calidad percibida. Todas aquellas mejoras que inciden en estos aspectos, mejoran potencialmente el acceso e incluso favorecen el sobreconsumo. Ello se debe a que una vez bajada la barrera física o psicológica, el sesgo en renta y educación alimenta el consumo sanitario de los grupos de renta alta, manteniendo todo lo demás igual, respecto del resto de la población. Ciertamente, el universalismo inclusivo tiene otras ventajas de sentimiento participativo e involucración de todos los grupos en los «residuos fiscales» (carga-beneficio) de las prestaciones sociales. En cualquier caso, subrayemos por el momento el mencionado efecto reductor de la capacidad redistributiva del gasto.

Más allá de este primer aspecto conviene destacar que más y mejores servicios en esta vía de «barra libre» y sesgo creciente de acceso efectivo vinculado a educación y renta, complica su sostenibilidad financiera. Ésta se resuelve acudiendo a una mayor financiación postulando equívocamente que con cargar todo a impuestos generales es más solidario socialmente que acompañarlo con otros ingresos fiscales (tasas, precios y

contribuciones específicas). Sin embargo, la deriva tributaria de la mayor parte de países occidentales desarrollados transcurre en lo que se ha denominado «dualidad» fiscal; esto es, un creciente peso, tendencialmente, de la imposición indirecta sobre la directa, y dentro de la directa, un tratamiento fiscal más suave para las rentas del capital –más móvil éste y globalizado– que para las del trabajo.

Gráfico nº 3. **LA IMPOSICIÓN INDIRECTA ES MENOS IMPORTANTE EN LOS PAÍSES NO EUROPEOS DE LA OCDE**



Fuente: Adema, W., P. Fron and M. Ladaique (2011), «Is the European Welfare State Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)», OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5kg2d2d4pbf0-en

Dicha dualidad obliga a ser cauteloso acerca de la idoneidad de los incrementos de gasto. Toda imposición indirecta contiene elementos de regresividad, ya que el peso del consumo sobre la renta es mayor para los grupos de renta baja, o si quiere, vista la relación entre la propensión marginal al ahorro y la renta. Buscar una mayor redistribución vía consumo (impuesto indirecto, y no el denominado impuesto personal sobre el gasto, un artefacto teórico sin aplicación práctica en ningún sistema fiscal), obligaría a ir gravando con tipos superiores aquellos consumos que representasen un peso mayor, para aquellos grupos de renta que menos consideración social explícitamente recibieran en la función de bienestar colectiva.

Este ejercicio, generador de múltiples tipos a ajustar en distintas coyunturas, cuadra hoy mal en los procesos europeos de armonización fiscal y en las tendencias a la simplificación como elemento de eficiencia.

Las tendencias de dualización fiscal son por lo demás propias de aquellos países que al distribuir originariamente la renta con menos desigualdad (vía regulaciones de precios en mercados, altos salarios interprofesionales mínimos y limitación a los bonos de altos directivos) por lo que el potencial redistributivo de su fiscalidad puede ser menor. Notemos que esta decisión no es gratuita: la regulación de mercados y limitaciones que frenan las desigualdades en origen, en las fuentes primarias, tiene en sí mismo costes de eficiencia al afectar a los incentivos de los agentes económicos. Pero una vez validada positivamente esta acción, la fiscalidad redistributiva puede obstaculizar en menor medida el crecimiento. Éste es el caso en particular de los países nórdicos, pioneros de dicha «dualidad fiscal», que al haber compartido desde hace años espacios aduaneros comunes, mantienen altos tipos en consumo (p.e. IVA en Dinamarca) y baja fiscalidad sobre las rentas de capital (p.e. Suecia). Esta opción fiscal es legítima si es coherente con la política regulatoria en la distribución originaria de la renta antes mencionada. Si no fuese éste el caso, resulta obvio que más y mejores servicios públicos pueden acabar implicando una mayor regresividad social, tanto por el lado del gasto como de las fuentes de financiación que lo hayan de sustentar. La prevención se impone por lo tanto, sin menoscabo de los aspectos de cohesión que tradicionalmente han acompañado a las políticas universalistas.

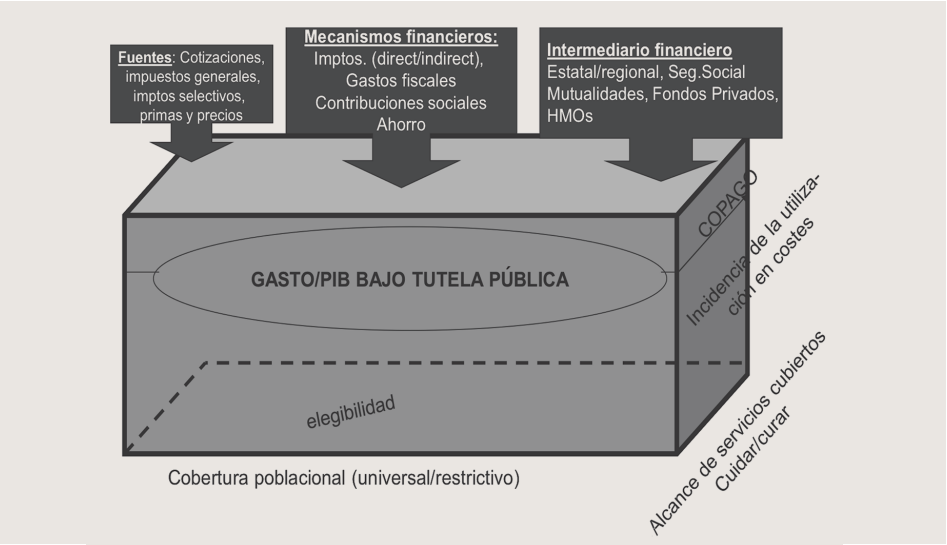
6. LAS OPCIONES DE REDISEÑO DE LAS POLÍTICAS

En los contextos antes mencionados un modo ilustrativo de «formatear» las opciones de políticas públicas que mejor puedan garantizar no sólo la sostenibilidad de la protección social, sino también su solvencia, pasa por la identificación de tres ejes: (1) el eje del alcance de la cobertura poblacional en el vector universal-restrictivo asociable a la prueba de medios; (2) el eje del contenido de las prestaciones y servicios cubiertos (el lado de la oferta o catálogo público de servicios) y (3) el eje de los efectos del plano de la «elegibilidad» (quién tiene derecho y a qué) en la utilización de los servicios y así en los impactos de costes unitarios y presupuestos globales (gráfico nº 1).

6.1. Eje de cobertura poblaciones

En el primer eje, la fiscalización en la cobertura mediante la prueba de medios tiene algunas contradicciones ya que discriminar según capacidad de pago cuando la financiación es progresiva en renta (y no dual) se entiende mal entre la población, particularmente si afecta al núcleo duro de la prestación (dependencia grave, enfermedades crónicas, situaciones catastróficas), y no tanto quizás, si afecta al eje de acceso a prestaciones de contenido más utilitarista (servicios hoteleros en unidades de larga duración, segundas opiniones en servicios sanitarios o acciones educativas complementarias).

Gráfico nº 4. **LOS EJES DE LA «CAJA DE ASISTENCIA SANITARIA»**



Fuente: modificado de Busse R. et al. HNP «*Analysing changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries*» (febrero, 2007)

6.2. **Eje de la oferta**

En el eje segundo de la oferta, la solución no puede ser otra que la prioridad con criterios de coste efectividad, ceñida ésta a servicios y prestaciones y tras el velo de quienes pueden ser los colectivos afectados. En efecto, la discriminación que identifica grupos de población tiene difícil encaje social y fácilmente puede quebrar la cohesión comunitaria; aunque ciertamente tras el velo de las prestaciones y sus indicaciones se puedan identificar colectivos. Ordenar la oferta por coste efectividad supone en todo caso un concepto de coste que tenga sentido amplio (no sólo el presupuestario de una administración, sino también el trasladado obligatoriamente a la sociedad) y una evaluación de resultados (impactos en salud, en calidad de vida, en reducción de pobreza o desigualdad) que integre los efectos de los ajustes de las diversas administraciones y entes, hoy pragmáticos en el qué y el quién del gasto, para centrarlos en el cómo, para qué, y con qué resultados .

6.3. **Eje de la elegibilidad**

Finalmente, el tercer vector desarrolla sus potencialidades para aquellos sistemas de protección social que mantienen un acceso a servicios sociales muy amplios, de los que hay dudas de su efectividad relativa más que preocupación por su coste, al trasladar parte de éste a los usuarios en forma de copagos. Destacamos a este respecto la doble función de los precios en los servicios públicos como elementos de recaudación – ingresos públicos para los que contribuye el usuario más allá de lo que lo ha hecho el

contribuyente con sus impuestos– para una mayor financiación de los propios servicios públicos (tasas académicas en universidades, precios de referencia en medicamentos, etc.); y como instrumentos moderadores, señalizadores de consumos innecesarios, que se valoren no por su capacidad recaudatoria sino por su incidencia en la reducción de gastos. Su naturaleza, por tanto, es bien distinta aún actuando ambas modalidades en nuestro tercer eje, por el lado de la demanda. En el primer caso debiera de afectar a una demanda inelástica y formularse diversificadamente: múltiples copagos y de baja intensidad que no reduzcan consumo ya que ello afectaría a la recaudación. En el segundo se trata de identificar (aquí la contribución técnica sanitaria, educativa y social en general rebasa la estrictamente económica) aquellos componentes más elásticos de la demanda, juzgándose su éxito por una recaudación nula, esto es plenamente reductora del gasto previamente valorado como innecesario. Sólo después de identificar una u otra opción cabría pensar en analizar aspectos colaterales de cada uno de ellos en términos de afectación a rentas (copagos limitados, con exenciones, cláusulas de máximos, requerimientos asociados a becas y otras modalidades de subvenciones o seguimiento de flujos regulados considerados como óptimos desde el punto de vista social).

Establecer prioridades bien sea por eficacia relativa o bien sea por coste-eficacia, en el conjunto de las actuaciones públicas, es una tarea harto compleja. Lo es para el político ya que la sociedad siempre la interpreta como discriminación negativa. Sus beneficiarios se acogen a derechos finalmente reconocidos y los potenciales como expectantes postergados se movilizan en su contra. Priorizar el gasto público es arduo también, al exigirle una actuación proactiva en la identificación de la necesidad relativa y la efectividad del servicio prestado. Se trata de concretar la demanda «necesaria», lo que sobrepasa la utilización que aflora en un universalismo de barra libre, identificando la demanda latente y realmente «necesaria» que no aflora en solicitud de servicios por algún que otro condicionante de acceso que no se considera responsabilidad del gestor. La igualdad de acceso es siempre más cómoda para el prestador y el universalismo siempre es más agradecido para el político. Pero ambos comportamientos incluyen una efectividad mayor en los impactos sociales redistributivos.

7. **PACTAR LOS PROCEDIMIENTOS**

Ante la dificultad de pactar los contenidos que implícita o explícitamente supone toda labor de priorizar en una acción pública definidora de la política social, la propuesta en positivo que aquí rechazamos se basaría en pactar «procedimientos». Siendo la «causa justa» –la limitación ordenada–, en la medida que se observase el «proceso debido» –el acordado políticamente en el velo de la ignorancia acerca de a quién le corresponde su aplicación y con qué resultados–, de las recomendaciones resultantes existiría el compromiso político a sustraerlo del debate político.

Se trataría de «agencializar» ciertas decisiones que resultan difíciles de tomar políticamente a corto plazo, profesionalizando al máximo posible su resolución fuera del pro-

pio ciclo político electoral, pactando en sede parlamentaria los procesos sobre los que dichas decisiones se habrían de basar, para respetar consecuentemente sus recomendaciones. Éstas no van en ningún caso orientadas a sustituir al decisor político, sino a informarlo con transparencia de los potenciales efectos de sus decisiones y mostrar a la ciudadanía las consecuencias de hacer prevalecer otros criterios ajenos a los establecidos en las decisiones finales. Esto en ningún caso significa que debe excluirse el análisis coste-efectividad, sino que en determinadas ocasiones, éste debe subordinarse a por ejemplo criterios de equidad territorial, tratamientos sin alternativa terapéutica, a medicamentos sin sustitutos que añaden unidades adicionales de vida de calidad, etc.

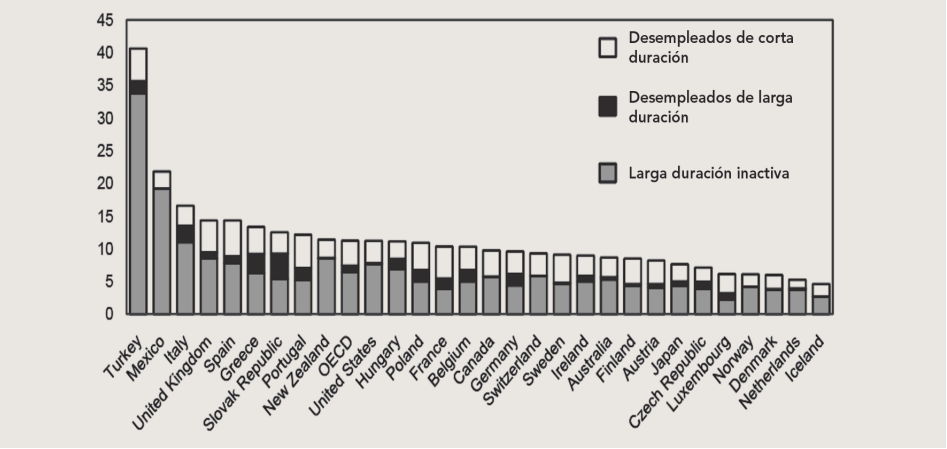
Dichos procedimientos pueden alcanzar reglas presupuestarias adicionales que eliminen sesgos de ilusión fiscal, incrementalismo burocrático, la no consideración de tasas de descuento que respeten la equidad intergeneracional, acciones regulatorias que fuercen a remover las normativas preexistentes obsoletas, etc.

8. NUEVOS PROBLEMAS, NUEVAS POLÍTICAS

A continuación se comentan algunos de los problemas detectados que inciden en la que ha de ser una nueva política social a modo de conclusión final.

Todo apunta a que van a persistir e incluso quizás aumentar, los factores que hoy ya penalizan el acceso al empleo de los más jóvenes; pero en especial, atendiendo a las varianzas de capital humano, de aquellas personas menos capacitadas para integrarse en un mercado laboral cada vez más cambiante.

Gráfico nº 5. **JÓVENES «NINIS» (NI ESTUDIAN, NI TRABAJAN) EN RIESGO DE PERDER EL CONTACTO CON EL MERCADO LABORAL, 2007 (PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN JOVEN)**



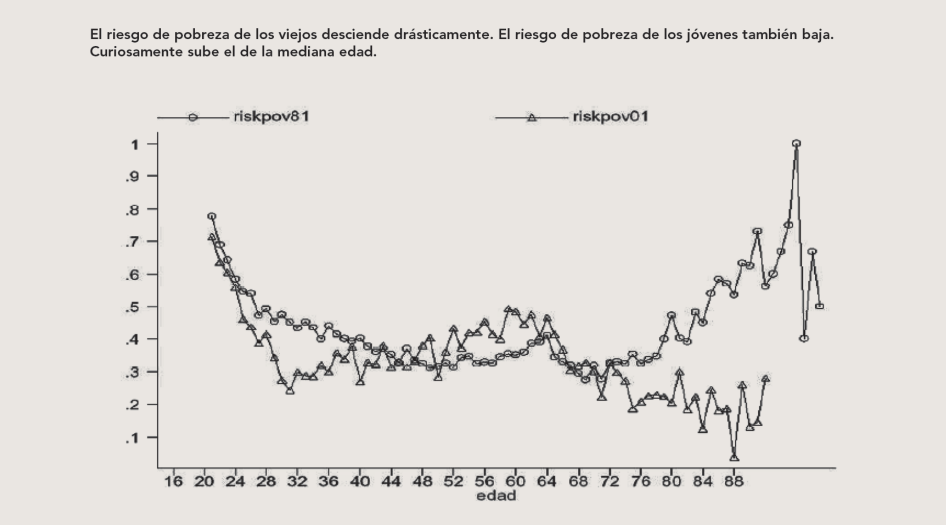
Fuente: Scarpetta, S., A. Sonnet and T. Manfredi (2010), «Rising Youth Unemployment During The Crisis: How to Prevent Negative Long-term Consequences on a Generation?», *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 106, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmh79zb2mmv-en

Los contenidos de los costes de consumo/ocio se están estratificando cada vez más, resultando por ello especialmente sensible a lo que sea la evolución de determinados componentes del índice de precios al consumo: alimentación (tipos), vivienda (alquileres), transporte (coste de la gasolina) son ejemplo de la elevada sensibilidad a la hora de determinar el impacto de su evolución en las capacidades efectivas de compra y así en el bienestar de distintos colectivos.

Está disminuyendo incluso la igualdad asociable al crecimiento así como la percepción que dicha desigualdad merece entre la población. Ello tiene aspectos intra e intergeneracionales que se agravan en función de la evolución de la presión fiscal y de los ingresos extraordinarios que se activen, ya sea para gasto social corriente o de inversión. La falta de confianza de los ciudadanos en la resolución de los conflictos emergentes por parte de las instituciones existentes y las organizaciones políticas abre nuevos canales y formas de participación y actuación ciudadana que marginan la acción política expresada en los programas de actuaciones públicas tradicionales.

Los resultados manifiestamente mejorables de la educación en sus distintos niveles, a pesar de los recursos que hasta el presente se han puesto a su disposición, y el modo en que la formación está desconectada del mercado laboral, no sólo suponen un reto en la redefinición de políticas en una etapa de bonanza y aún mucho más en una de reajustes.

Gráfico nº 6. **CAMBIOS EN EL RIESGO DE POBREZA SEGÚN EDAD 1981-2001**



Fuente: Guillem López Casanovas y Ana Mosterín Höpping «*The Drift of Public Spending towards the Elderly: A Generational Analysis of the Trend in Spain*» en Advances in Sociology Research. Volume 11ISBN 978-1-61324-515-6 Editor: Jared A. Jaworski© 2011 Nova Science Publishers, Inc.

Las graves dificultades para el despliegue del último derecho subjetivo reconocido de atención a las situaciones de dependencia, revirtiendo expectativas insostenibles financieramente, ha aumentado la desconfianza hacia una reevaluación ordenada de nuestro Estado de bienestar.

La crisis, por otra parte, ha aumentado los factores que producen situaciones de exclusión social especialmente graves en los grupos más débiles. Nuestra acción colectiva, tal como hemos comentado, está poco orientada, y capacitada desde el punto de vista gestor, para atender dichas «colas» señalizadoras de pérdidas de bienestar de los grupos de población más frágiles.

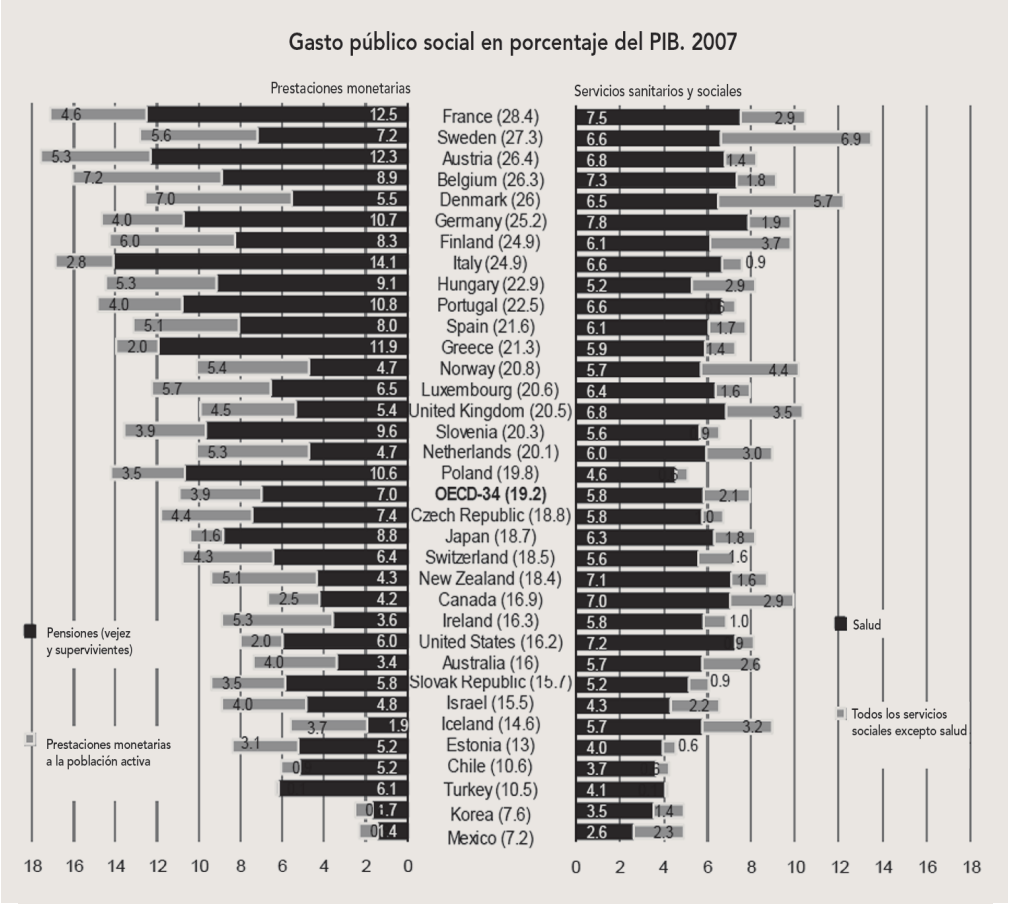
La realidad de la familia «mediterránea» actual parece aguantar aún un pilar de *pool* de riesgo donde ya no alcanza la acción colectiva. Sin embargo esta red está amenazada de fractura por la realidad heterogénea y cambiante de las estructuras familiares.

Las tecnologías de la información y la comunicación inciden decididamente en las brechas intra e intergeneracionales y se erigen a gran velocidad como un vector divisorio de la sociedad de primer orden sin que las políticas públicas tengan por el momento ninguna hoja de ruta para su corrección.

Estos y otros problemas requieren una reflexión adicional a la hasta aquí formulada, para redirigir en mayor y mejor medida la acción política en la definición de los programas públicos al servicio del bienestar social.

ANEXO. CUADROS Y GRÁFICOS DE SOPORTE

Gráfico A.1) **LOS PAÍSES DE LA OCDE GASTAN UN 7% DEL PIB EN PENSIONES Y UN 6% EN SERVICIOS DE SALUD (en promedio)**



Fuente: Adema, W., P. Fron and M. Ladaique (2011), «Is the European Welfare State Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)», OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5kg2d2d4pbf0-en

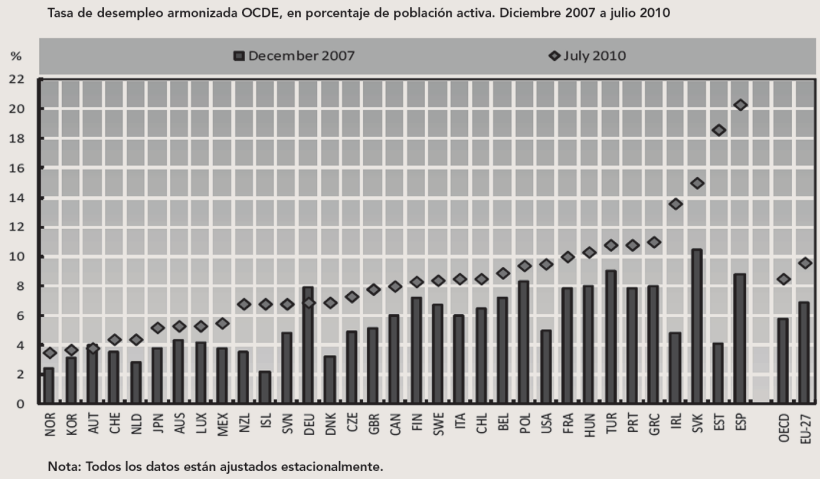
Gráfico A.2) **ENTRE 2007 Y 2010 LAS AYUDAS A LOS INGRESOS PARA LA POBLACIÓN ACTIVA AUMENTARON MÁS EN ESTONIA, IRLANDA, ESPAÑA, REINO UNIDO Y LOS ESTADOS UNIDOS**

Composición del gasto público social en porcentaje del PIB, por amplias funciones. 2007, 2010-2012 (estimados)

	2007					2010					2012				
	Gasto social (% del PIB)	Pensiones	Ayudas a la población activa	Salud	Otros servicios	Gasto social (% del PIB)	Pensiones	Ayudas a la población activa	Salud	Otros servicios	Gasto social (% del PIB)	Pensiones	Ayudas a la población activa	Salud	Otros servicios
Australia	16.0	3.4	4.0	5.7	2.9	16.6	3.4	4.1	6.1	3.0	16.1	3.4	3.8	6.2	2.7
Austria	26.4	12.3	5.3	6.8	2.1	28.9	12.2	5.8	6.9	4.0	28.1	12.2	5.8	7.0	3.1
Belgium	26.3	8.9	7.2	7.3	3.0	29.4	9.1	8.0	7.4	4.9	28.6	9.3	7.7	7.5	4.0
Canada	16.9	4.2	2.5	7.0	3.2	19.3	4.6	2.8	8.4	3.6	19.3	4.7	2.7	8.7	3.2
Chile	10.6	5.2	0.9	3.7	0.9	11.6	5.2	1.0	4.3	1.2	..	..	..	..	..
Czech Republic	18.8	7.4	4.4	5.8	1.2	20.4	6.8	4.7	5.9	3.0	20.4	6.7	4.7	6.1	3.0
Denmark	26.0	5.5	7.0	6.5	7.0	30.1	5.7	8.0	6.6	9.7	29.5	5.9	8.1	6.7	8.8
Estonia	13.0	5.2	3.1	4.0	0.7	19.7	6.0	5.7	4.1	3.9	17.3	5.9	4.9	4.2	2.4
Finland	24.9	8.3	6.0	6.1	4.6	29.1	8.8	7.2	6.2	6.9	28.0	9.2	6.9	6.3	5.5
France	28.4	12.5	4.6	7.5	3.8	31.0	13.0	5.1	7.6	5.4	29.9	13.0	4.9	7.7	4.4
Germany	25.2	10.7	4.0	7.8	2.7	27.3	10.5	4.1	8.1	4.6	25.8	10.4	3.9	8.2	3.2
Greece	21.3	11.9	2.0	5.9	1.6	23.2	11.8	2.3	6.0	3.1	23.1	12.0	2.4	6.1	2.5
Hungary	22.9	9.1	5.3	5.2	3.2	23.5	9.5	5.4	5.2	3.3	22.1	9.3	5.1	5.3	2.3
Iceland	14.6	1.9	3.7	5.7	3.2	15.8	2.6	5.0	5.2	3.0	14.0	2.3	4.4	4.7	2.6
Ireland	16.3	3.6	5.3	5.8	1.6	22.8	3.7	8.1	5.9	5.2	19.8	3.7	6.9	5.9	3.3
Israel	15.5	4.8	4.0	4.3	2.3	16.3	5.1	4.3	4.2	2.5	15.7	5.0	4.2	4.0	2.5
Italy	24.9	14.1	2.8	6.6	1.4	27.5	14.1	3.1	6.6	3.7	26.4	14.1	3.0	6.7	2.6
Korea	7.6	1.7	0.8	3.5	1.5	9.0	2.4	1.4	3.8	1.3	9.7	2.6	1.4	4.3	1.4
Luxembourg	20.6	6.5	5.7	6.4	2.1	23.5	6.5	6.6	6.5	4.0	23.6	6.6	6.5	6.6	3.9
Mexico	7.2	1.4	0.9	2.6	2.3	8.2	1.7	1.2	2.4	2.9	..	..	..	..	..
Netherlands	20.1	4.7	5.3	6.0	4.1	22.6	4.6	6.1	6.1	5.8	21.5	4.8	5.9	6.2	4.6
New Zealand	18.4	4.3	5.1	7.1	1.9	21.8	5.0	5.8	8.8	2.1	21.8	5.1	5.3	9.4	1.9
Norway	20.8	4.7	5.4	5.7	5.0	24.0	5.1	6.1	5.8	7.1	22.4	5.3	5.7	5.8	5.5
Poland	19.8	10.6	3.5	4.6	1.1	21.8	9.9	3.7	4.7	3.5	21.1	9.5	3.6	4.8	3.2
Portugal	22.5	10.8	4.0	6.6	1.1	26.1	11.2	4.7	6.7	3.4	25.4	11.3	4.8	6.8	2.5
Slovak Republic	15.7	5.8	3.5	5.2	1.1	18.2	5.7	4.2	5.4	3.0	17.0	5.6	4.0	5.5	1.9
Slovenia	20.3	9.6	3.9	5.6	1.1	23.9	9.8	4.6	5.8	3.7	23.7	10.0	4.6	5.9	3.2
Spain	21.6	8.0	5.1	6.1	2.4	26.7	8.5	6.6	6.2	5.3	25.3	8.6	6.4	6.2	4.1
Sweden	27.3	7.2	5.6	6.6	8.0	28.2	7.3	5.7	6.7	8.6	26.5	7.2	5.3	6.7	7.3
Switzerland	18.5	6.4	4.3	5.6	2.2	19.6	6.3	4.8	5.6	3.0	18.5	6.4	4.5	5.2	2.3
United Kingdom	20.5	5.4	4.5	6.8	3.8	24.4	5.4	5.5	6.9	6.5	22.9	5.5	5.3	7.0	5.1
United States	16.2	6.0	2.0	7.2	1.0	20.4	6.9	3.1	8.9	1.5	19.5	6.7	2.6	8.7	1.5
OECD	19.3	6.9	4.0	5.8	2.5	22.2	7.1	4.8	6.1	4.1	22.1	7.4	4.9	6.3	3.5

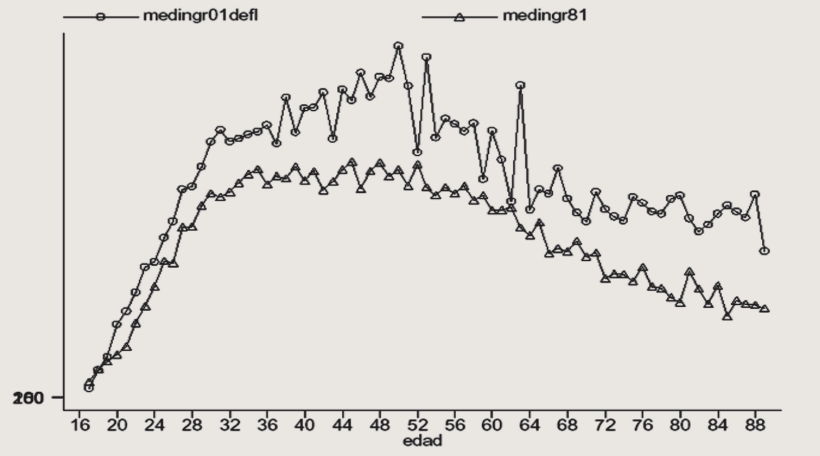
Fuente: Adema, W., P. Fron and M. Ladaique (2011), «Is the European Welfare State Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)», OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5kg2d2d4pbf0-en

Gráfico A.3) **LA CRISIS RECIENTE HA TENIDO UN MAYOR IMPACTO EN LA TASA DE PARO DE ESTONIA Y ESPAÑA**



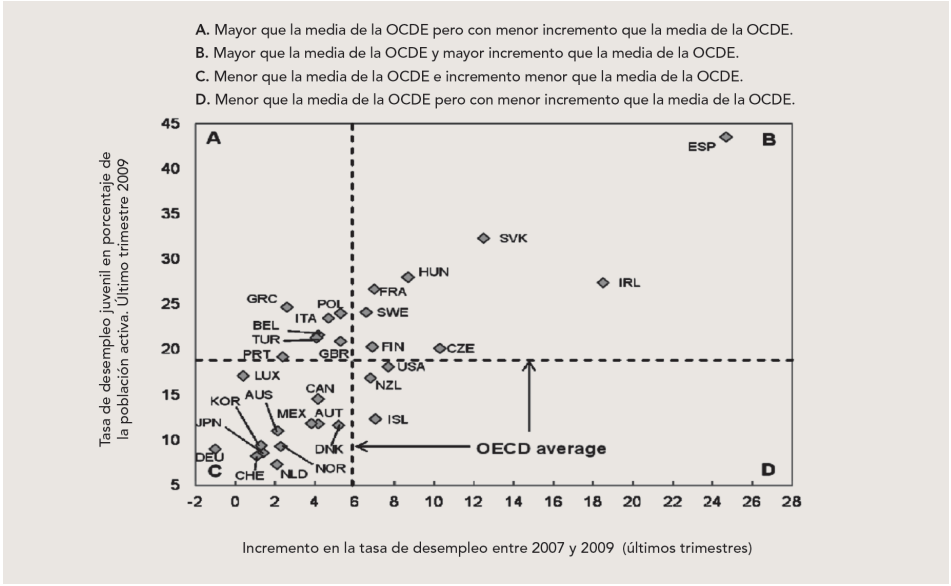
Fuente: Adema, W., P. Fron and M. Ladaique (2011), «Is the European Welfare State Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)», OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5kg2d2d4pbf0-en

Gráfico A.4) **LA SITUACIÓN RELATIVA DE RENTA INTERGENERACIONAL EN 1981 Y 2001**



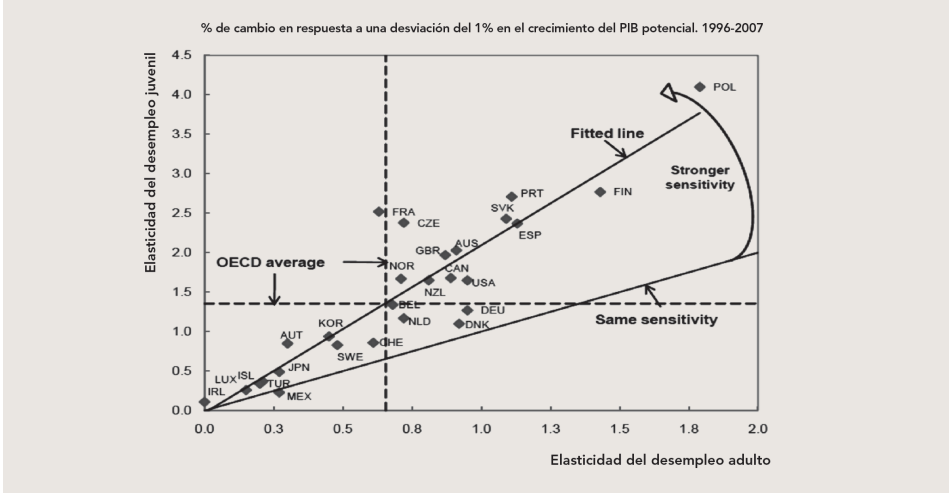
Fuente: Guillem López i Casanovas y Ana Mosterín Höpping «*The Drift of Public Spending towards the Elderly: A Generational Analysis of the Trend in Spain*» en Advances in Sociology Research. Volume 11ISBN 978-1-61324-515-6 Editor: Jared A. Jaworski© 2011 Nova Science Publishers, Inc.

Gráfico A.5) **SE OBSERVA UN DETERIORO SIGNIFICATIVO EN LAS TASAS DE PARO JUVENIL ENTRE 2007 Y 2009**



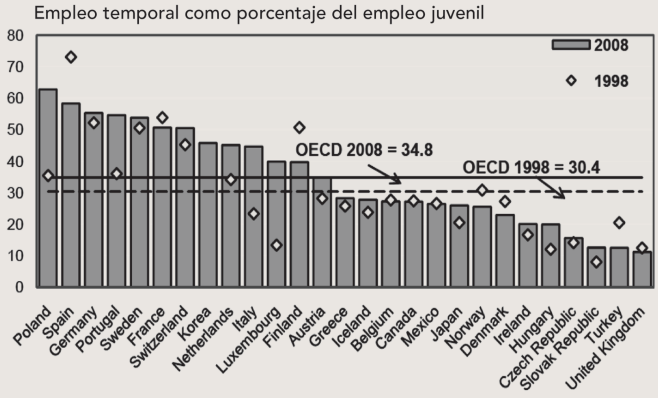
Fuente: Scarpetta, S., A. Sonnet and T. Manfredi (2010), «Rising Youth Unemployment During The Crisis: How to Prevent Negative Long-term Consequences on a Generation?», *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 106, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmh79zb2mmv-en

Gráfico A.6) **EL PARO JUVENIL ES MÁS SENSIBLE AL CICLO ECONÓMICO QUE EL PARO ADULTO**



Fuente: Scarpetta, S., A. Sonnet and T. Manfredi (2010), «Rising Youth Unemployment During The Crisis: How to Prevent Negative Long-term Consequences on a Generation?», *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 106, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmh79zb2mmv-en

Gráfico A.7) **LA PRECARIEDAD LABORAL EN LOS EMPLEOS DE LOS JÓVENES HA AUMENTADO EN LA MAYORÍA DE PAÍSES DE LA OCDE, 1998 Y 2008**



Fuente: Scarpetta, S., A. Sonnet and T. Manfredi (2010), «Rising Youth Unemployment During The Crisis: How to Prevent Negative Long-term Consequences on a Generation?», *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 106, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmh79zb2mmv-en

La aritmética del Estado de bienestar en España

Los efectos de la crisis económica sobre el déficit público así como los nuevos escenarios demográficos y sociales, sitúan al Estado de bienestar en el centro del debate sobre la reforma del sector público. Este artículo analiza la situación actual del gasto social en España, lo compara con el de los países avanzados y ofrece distintas perspectivas de su evolución futura. Una vez conocida la dimensión del gasto social, se estudia su capacidad redistributiva, dado que cualquier proceso de reforma debe tener en cuenta el balance de ganadores y perdedores. El resultado es que el Estado de bienestar en España es no solo un mecanismo de distribución interpersonal de la renta a lo largo del ciclo vital, sino una institución capital para la seguridad económica de la mayoría de la población.

Krisi ekonomikoak gobernuaren defizitean ekarritako eraginek zein gizarte– eta demografia-eszenatoki berriek, sektore publikoaren erreformari buruzko eztabaidaren erdian jarri dute ongizatearen estatua. Artikulu honek Espainiako gastu sozialaren gaurko egoera aztertzen du, herrialde aurreratuekin konparatzen du eta etorkizuneko eboluzioaren ikuspegi desberdinak eskaintzen ditu. Behin gastu sozialaren dimentsioa jakinda, berriro banatzeko gaitasuna aztertu da, edozein erreforma-prozesuk irabazleen eta galtzaileen oreka hartu behar duelako kontuan. Emaitza da Espainian ongizatearen estatua ez dela bakarrik bizitza osoan zehar errenta pertsonen artean banatzeko mekanismo bat, baizik eta funtsezkoa ere badela biztanle gehienen segurtasun ekonomikoa zaintzeko.

The effects of the economic crisis on the public sector deficit and the new demographic and social scenarios that have emerged have placed the welfare state at the core of the debate on reforms in the public sector. This article analyses the current situation as regards social spending in Spain, compares it with the situation in other advanced countries and offers various views of how it may develop in the future. After establishing the scale of social spending the article studies the potential for redistribution, given that any process of reform must take into account the balance of winners and losers. It is found that the welfare state in Spain is not just a mechanism for inter-personal distribution of income throughout the life cycle but a capital institution for the economic security of most of the population.

Eduardo Bandrés Moliné
Universidad de Zaragoza

Índice

1. Introducción
2. ¿Es demasiado grande el gasto público social en España?
3. Gasto público y gasto privado
4. La sostenibilidad del gasto social
5. Desigualdad, gasto social y redistribución
6. Conclusiones

Palabras clave: Estado de bienestar, gasto social, sostenibilidad, redistribución.
Keywords: Welfare state, social spending, sustainability, redistribution.

Nº de Clasificación JEL: D63, H53, I38.

1. INTRODUCCIÓN

La aritmética es, probablemente, la rama más modesta de las matemáticas. Se ocupa de los números, de sus propiedades y sus operaciones. Pero el conocimiento matemático más sofisticado se inicia justamente en el nivel más elemental de la aritmética. El presente trabajo aspira a trazar los rasgos básicos de la aritmética del gasto social en España, de su medición, de su composición interna, de sus efectos; porque cualquier propuesta de reforma debe partir necesariamente del conocimiento preciso de los hechos y de los datos que representan el sustrato económico del Estado de bienestar.

La crisis financiera internacional ha obligado a numerosos gobiernos europeos a poner en marcha cambios discrecionales en la política fiscal dirigidos a recuperar el equilibrio presupuestario y a frenar el crecimiento de la deuda pública. Por encima de las consideraciones sobre el momento del ciclo en que se encuentra la economía europea –en recesión– y sobre el tipo de política fiscal que sería recomendable para afrontar esa situación –una política fiscal expansiva–, lo que prevalece es la necesidad de ajustar las cuentas públicas, purgar los excesos del endeudamiento del pasado y protegerse frente a los costes futuros de una sociedad cada vez más envejecida.

El Tratado sobre estabilidad, coordinación y gobernanza en Europa, de 2012, sanciona de forma inequívoca estos principios de estabilidad presupuestaria fijando un tope al déficit público estructural de los países miembros y exigiendo el establecimiento de límites constitucionales al déficit. Se ha dicho en muchas ocasiones que nada va a ser igual tras esta crisis y que las reformas estructurales que debemos abordar en España van a cambiar sustancialmente el funcionamiento de los mercados y del sector público. La apresurada reforma de la Constitución aprobada en el verano de 2011 anticipa la orientación contractiva de la política presupuestaria de los próximos años, habida cuenta de la situación de déficit de la que se parte.

Sin entrar a valorar ahora la oportunidad de los ajustes, o por decirlo con mayor precisión, el ritmo de aplicación de los compromisos de reducción del déficit público, y más allá del debate sobre los cada vez más refutados efectos expansivos de la austeridad fiscal (los efectos no-keynesianos de la política fiscal), resulta pertinente preguntarse por la calidad del proceso de consolidación, es decir, por los instrumentos elegidos para recuperar el equilibrio presupuestario y por sus consecuencias a medio plazo sobre alguna de las instituciones más singulares del capitalismo europeo. En particular, y en lo que se refiere a los ajustes por el lado del gasto, los gobiernos han adoptado recortes que afectan a un conjunto de prestaciones sociales y servicios públicos que representan el 60% del gasto de las administraciones públicas españolas y cuyo comportamiento expansivo en los dos últimos años se había situado por encima de la media del gasto total; hablamos, por supuesto, del gasto social[1].

En una perspectiva de largo plazo, los cambios sociales y demográficos afectarán de manera directa a las estructuras de bienestar social a través de la presión sobre el gasto en pensiones, sanidad y cuidados de larga duración. Las proyecciones demográficas, la mayor incorporación de la mujer al mercado de trabajo y el posible debilitamiento de las redes familiares de protección generarán una demanda creciente de gasto social cuya financiación deberá recaer sobre los propietarios de los factores productivos y especialmente sobre el factor trabajo.

En consecuencia, es pertinente plantearse algunos interrogantes sobre el funcionamiento y efectos del sistema de bienestar en España así como sobre las posibles reformas que deberían ejecutarse. Por ejemplo: ¿es demasiado grande el gasto social?, ¿cumple sus objetivos?, ¿cómo influye en la distribución de la renta?, ¿cuáles son las previsiones sobre su evolución futura?, ¿podremos financiarlo?, ¿quién debe pagar qué?, ¿quiénes se verían más afectados por las políticas de ajuste del gasto? Algunas de estas preguntas requieren un análisis positivo de los hechos y las tendencias que delimite la naturaleza y el alcance del problema; otras, en cambio, implican la formulación de juicios normativos en los que sin embargo es posible evaluar las consecuencias de las distintas líneas de acción política a la luz de los objetivos que

[1] Utilizamos indistintamente los conceptos gasto público social y Estado de bienestar, aun cuando el significado de este último es mucho más amplio (Bandrés, 1999).

viene cumpliendo el Estado de bienestar. En todo caso, conceptos como austeridad, ahorro, racionalización, ajuste, recortes, eficiencia, forman parte ya del abanico de políticas que los gobiernos europeos están poniendo en marcha anticipando los calendarios, reformulando las estrategias e intensificando las reformas.

El segundo epígrafe de este trabajo se dedica al tamaño del gasto público social en España, se compara con el de otros países de la OCDE y se analiza su composición interna y su distribución por niveles de gobierno. El tercero se refiere al gasto público y al gasto privado, para delimitar el esfuerzo total de cada país en la cobertura de las necesidades sociales, así como las distintas formas de financiar el gasto. El cuarto epígrafe introduce el problema de la sostenibilidad del gasto social a partir de las proyecciones realizadas sobre la base de un conjunto de hipótesis demográficas y económicas. La economía política del ajuste del gasto social nos remite directamente al estudio de su capacidad redistributiva, cuestión ésta que se aborda en el quinto epígrafe, desde una triple perspectiva: redistribución entre personas de una misma generación, redistribución entre generaciones y redistribución intrapersonal en el ciclo vital. Por último, se formulan algunas conclusiones a modo de recapitulación.

2. ¿ES DEMASIADO GRANDE EL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN ESPAÑA?

El gasto público social ascendió en 2009 a 295.654 millones de euros[2], un 28,2% del PIB, o lo que es igual, un 61,0% del gasto público no financiero consolidado de las administraciones públicas. Sin embargo, la estrepitosa caída del PIB en ese año así como la política de estímulos puesta en marcha por el gobierno pueden distorsionar la interpretación de esos datos. Un año antes, en 2008, el gasto público social representaba el 24,7% del PIB, con un peso relativo del 59,7% sobre el conjunto del gasto público nacional. Desde mediados de los años noventa del siglo pasado y hasta 2007, el gasto público social se había mantenido bastante estable oscilando apenas unas décimas, entre el 22 y el 23% del PIB (gráfico nº 1).

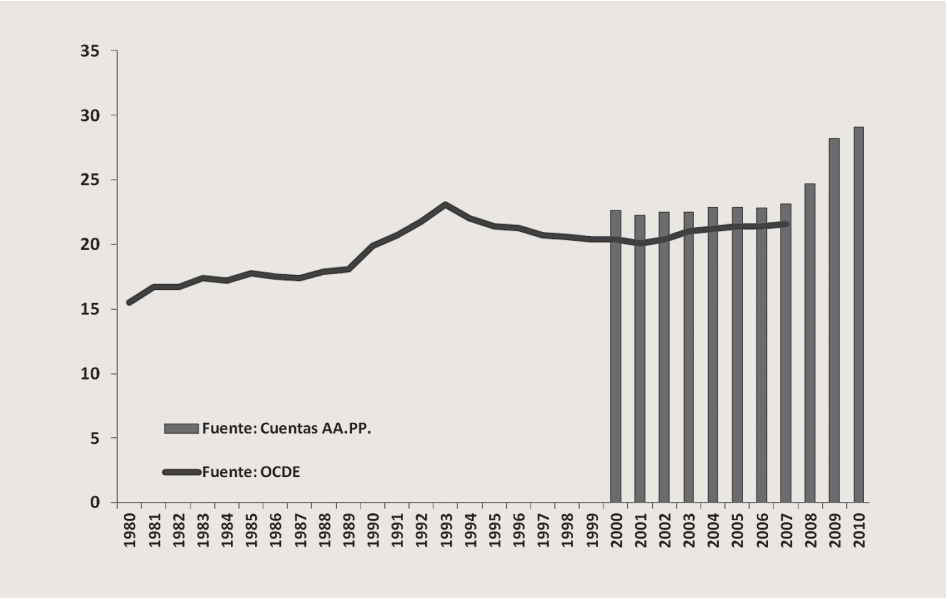
Desde una perspectiva temporal más amplia, pueden distinguirse cuatro etapas en el proceso de expansión del gasto público social en España desde 1980: una subida persistente pero suave a lo largo de los años ochenta, un fuerte repunte coincidiendo con el cambio de decenio y después con la crisis de 1993, y finalmente el retorno a una cierta estabilización que se ve finalmente desbordada por la actual crisis económica[3].

---

[2] Ministerio de Economía y Hacienda, *Cuentas de las Administraciones Públicas, 2009*.

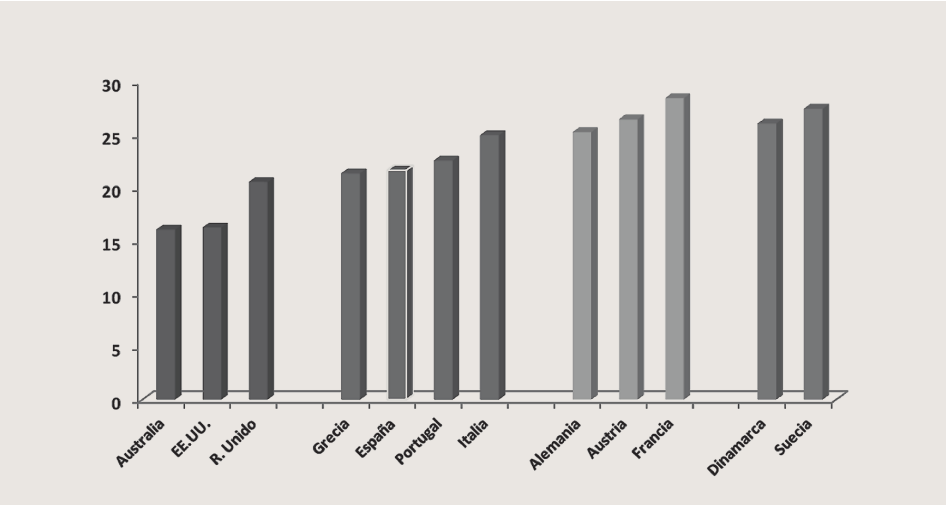
[3] El gasto social tal como lo recoge la OCDE es un concepto algo diferente del que obtenemos de las Cuentas de las administraciones públicas. Así por ejemplo, el primero no incluye el gasto educativo excepto en una pequeña proporción. En el segundo, tomamos las funciones de Salud, Educación y Protección Social.

Grafico nº 1. **EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EL ESPAÑA, 1980-2010**
(en % del PIB)



Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, *Cuentas de las Administraciones Públicas y Actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas*, varios años, y OECD, *Social Expenditure Database*.

Gráfico nº 2. **GASTO PÚBLICO SOCIAL-OCDE**
(en % del PIB)

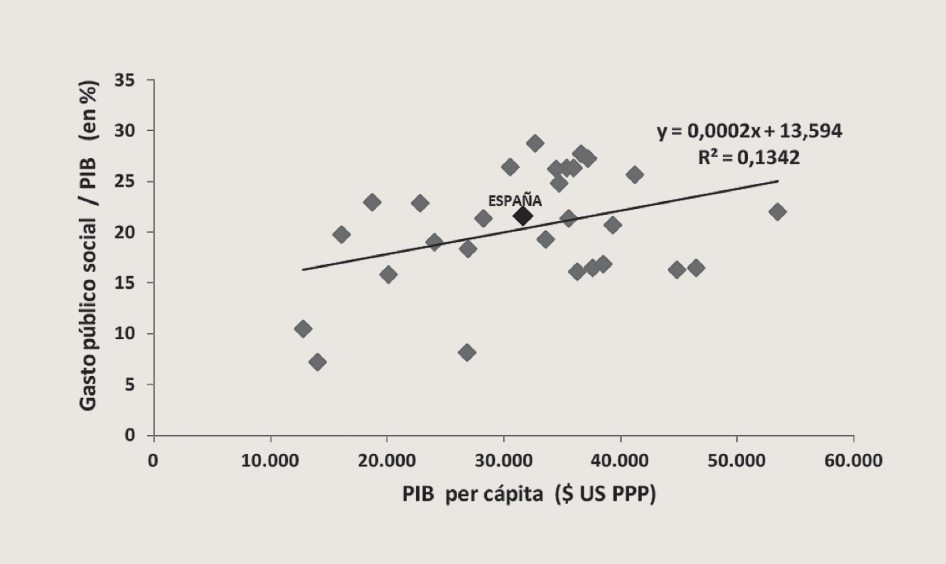


Fuente: OECD, *Social Expenditure Database*.

Adoptando una conocida clasificación sobre los modelos de Estado de bienestar en Europa[4], y tomando como base el gasto público social (gráfico nº 2), España se sitúa claramente por debajo tanto de los países nórdicos (Suecia, Dinamarca) como de los que forman el denominado modelo continental de protección social (Francia, Alemania, Austria), por encima de los países anglosajones (Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia) y en un punto intermedio entre los países mediterráneos (Italia, Portugal).

Los estudios económicos sobre el tamaño del gasto público ponen de manifiesto la existencia de relaciones estrechas a largo plazo entre el crecimiento económico y la expansión de las actividades del Estado. La denominada Ley de Wagner ha sido objeto de contrastación en innumerables trabajos empíricos que, bajo diferentes modelos explicativos y con técnicas cada vez más sofisticadas, confirman dichas relaciones. Si el análisis se circunscribe al ámbito del gasto social, la demanda de prestaciones y servicios sociales se interpreta de dos maneras: como una demanda de seguridad económica ante las contingencias y riesgos de la sociedad moderna, o caracterizando determinadas actividades públicas como la educación, la sanidad o los cuidados de larga duración, como servicios con una alta elasticidad renta. En ambos casos, viene a señalarse, el sector público habría demostrado sus ventajas competitivas en términos de eficiencia frente al sector privado para atender dicha demanda de gasto en bienestar social.

Gráfico nº 3. **GASTO PÚBLICO SOCIAL Y PIB PER CÁPITA EN LA OCDE, 2007**

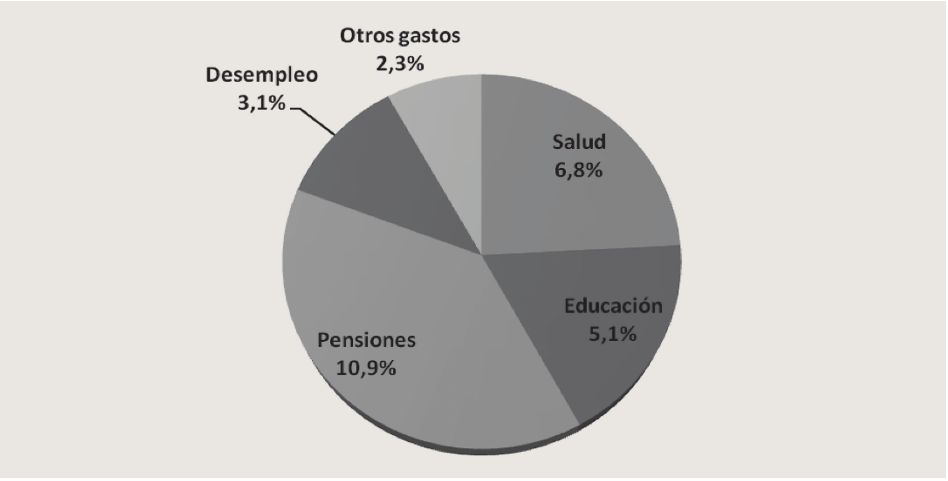


Fuente: OECD, *Social Expenditure Database.*

[4] Esping-Andersen (1990) y Ferrera (1996).

En consecuencia, es conveniente relacionar los datos de gasto público social y de renta per cápita con objeto de matizar el tamaño relativo del gasto al hacer comparaciones entre países. Sin embargo, cuando procedemos a relacionar variables de gasto social y PIB por habitante la correlación es aceptable para el gasto social total (público más privado) y se debilita cuando se toma únicamente el gasto público, al existir países que con niveles de renta per cápita similares dedican proporciones muy diferentes de su PIB al gasto público social. La conclusión es que a mayor nivel de renta por habitante, mayor tamaño de gasto social, aunque la proporción entre gasto público y gasto privado depende de factores histórico culturales que no tienen tanto que ver con la renta, como con el modelo de Estado de bienestar de cada país. En el gráfico nº 3 España se situaría ligeramente por encima de la línea de ajuste en cuanto al valor del gasto público social en el PIB, si bien dicha posición debe matizarse teniendo en cuenta el mayor peso relativo de las prestaciones por desempleo, el doble que la media de la Unión Europea en los años 2007 y 2008.

Gráfico nº 4. **COMPOSICIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN ESPAÑA, 2009**
(% del PIB)



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Economía y Hacienda: *Cuentas de las Administraciones Públicas 2009* y *Actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas 2009.*

Podemos concluir por tanto que, en la antesala de la actual crisis económica y estableciendo una comparación con los demás países desarrollados, el tamaño del gasto público social en España estaba muy ajustado a la capacidad económica del país, entendida ésta en términos de PIB por habitante. Diríase que el esfuerzo de crecimiento del gasto llevado a cabo desde los inicios de la democracia nos ha permitido disponer de un conjunto de prestaciones y servicios sociales equilibrado (con la probable excepción del desempleo) con nuestro nivel de renta y, por tanto, un poco menos avanzado que en otros países europeos más ricos; sin que tampoco pu-

dieran anticiparse problemas de financiación a corto plazo como consecuencia de los progresos sociales alcanzados hasta entonces.

La composición del gasto público social en España (gráfico nº 4) muestra el importante peso de las pensiones (se incluyen tanto las contributivas como las no contributivas y de funcionarios), un 10,9% del PIB, seguidas por sanidad, educación, protección del desempleo y otras (incapacidad temporal, ayudas familiares, servicios sociales, exclusión social, etc.). El peso relativo de las prestaciones por desempleo es anormalmente alto, a causa del fuerte aumento del paro en la reciente crisis económica, aunque en España siempre ha estado muy por encima de la media europea incluso en los momentos expansivos del ciclo.

Una de las características singulares del gasto público social en España es su distribución por niveles de gobierno. Concluidos los procesos de transferencias de funciones y servicios desde la Administración central hacia las comunidades autónomas, a la altura de 2009 casi la mitad del gasto público social correspondía a las administraciones territoriales, en concreto, un 47,2% a las comunidades autónomas y un 3,7% a las corporaciones locales. En todo caso, el agente más importante de gasto seguía siendo la Seguridad Social, con un 47,2% que, si bien formalmente no es Administración central, está íntegramente en la órbita de decisión de la Administración General del Estado. El modelo español de prestaciones y servicios públicos sociales deja en manos de la Seguridad Social la parte fundamental de las prestaciones en efectivo –pensiones contributivas y no contributivas, protección del desempleo, compensación por incapacidad temporal, prestaciones familiares y otras prestaciones y ayudas–, mientras que el campo de acción de las comunidades autónomas se centra en los servicios públicos de educación, salud y servicios sociales (cuadro nº 1).

Cuadro nº 1. **EL GASTO PÚBLICO SOCIAL POR NIVELES DE GOBIERNO, 2009 (millones de euros)**

	Admón Central	Seg. Social	CC.AA.	CC.LL.	Total
Pensiones	10.431	93.629	98	44	104.202
Desempleo		31.335			31.335
Incapacidad temporal	126	7.239			7.365
Otras prestaciones en efectivo	2.865	3.236	3.883	799	10.783
Salud	3.195	1.646	65.491	1.107	71.439
Educación	1.854	8	48.294	2.779	52.935
Otros gastos y servicios sociales	1.034	2.405	7.832	6.324	17.595
TOTAL	19.505	139.498	125.598	11.053	295.654
Porcentaje	6,6%	47,2%	42,5%	3,7%	100,0%

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, *Cuentas de las Administraciones Públicas 2009.*

3. GASTO PÚBLICO Y GASTO PRIVADO

Los recursos que finalmente destina un país a financiar el gasto social provienen, en última instancia, de empresas y familias, aunque en una proporción abrumadora se filtren a través del presupuesto público. Por ello, la descripción sobre cuánto dedica una sociedad a la cobertura de sus necesidades sociales (mediante prestaciones y servicios) debe tomar también en consideración aquella parte del gasto cuyo proceso de asignación no se lleva a cabo mediante un sistema de impuestos/transferencias: es lo que se denomina gasto social privado.

Si bien existe un amplio espacio para el gasto social voluntario por parte de las familias, esto no significa que el sector público no intervenga en la provisión del gasto privado; lo que sucede es que en lugar de hacerlo por medio del presupuesto puede recurrir a la regulación incorporando incluso un mandato de obligatoriedad.

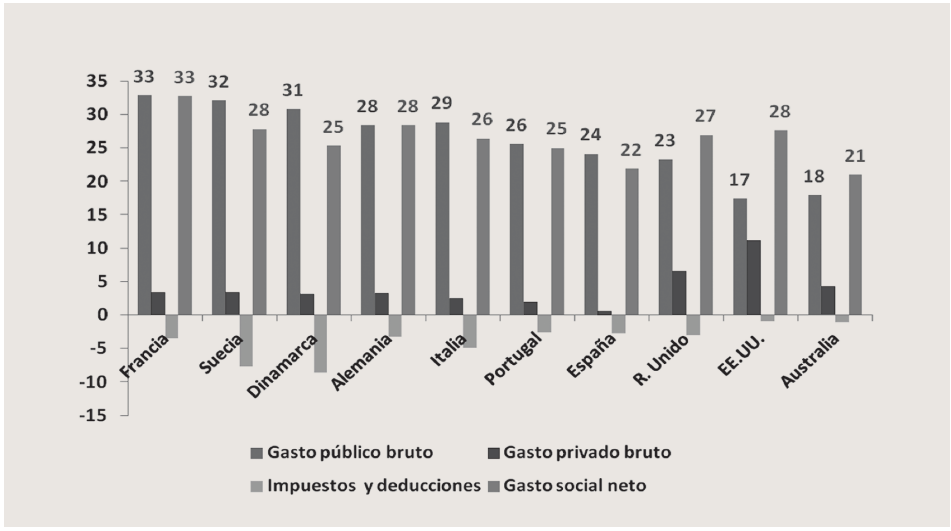
Los indicadores de gasto social de la OCDE establecen la distinción entre gasto social público y privado, considerando en este caso tanto el que deriva de prestaciones estipuladas en algunos países con carácter obligatorio (contribuciones de las empresas a seguros privados sanitarios, cobertura de la incapacidad temporal, etc.), como el que se corresponde con actividades estrictamente privadas: planes de pensiones o atención sanitaria. A su vez, y para realizar comparaciones internacionales homogéneas, es preciso tomar en consideración el efecto que ejerce el sistema tributario sobre las prestaciones y servicios sociales, al modificar su importe bruto en una triple dirección: impuestos directos y cotizaciones sociales que giran sobre las transferencias en efectivo, impuestos indirectos sobre el consumo privado financiado con transferencias, y desgravaciones fiscales destinadas a compensar el gasto privado habido en determinados servicios sociales. Los dos primeros se restan del gasto social bruto y el tercero se suma, dando como resultado el denominado gasto social neto.

La consideración del gasto privado proporciona una visión más ajustada de los recursos totales destinados por cada país a la cobertura de sus necesidades sociales. Así por ejemplo, los países que se encuadran en el denominado «modelo anglosajón» (Estados Unidos, Reino Unido y Australia) destinan mayor proporción que los demás a la protección social de carácter privado, de modo que finalmente el gasto total neto de los Estados Unidos es similar al de Suecia, y en cambio España se ve ahora superada por el Reino Unido y los Estados Unidos, situándose en las últimas posiciones entre los países considerados, junto con Australia. En paralelo, países con prestaciones públicas muy generosas, como Suecia o Dinamarca, también cuentan con una mayor presión fiscal sobre los beneficios sociales, de modo que el gasto neto es sustancialmente menor que el gasto bruto (véase el gráfico nº 5).

Por tanto, la evaluación del tamaño del gasto social en relación con la capacidad económica de cada país arroja resultados muy diferentes si lo que se tiene en cuenta es solo el gasto público o se incluye también el gasto privado. Dos son las

conclusiones que se obtienen de este ejercicio de contabilización del gasto social. Primera: que el modelo continental y el modelo nórdico de protección social no son sustancialmente más caros que el modelo anglosajón, y que la principal diferencia entre unos y otro se basa en cómo se realiza el gasto, por medio del sector público como agente colectivo o directamente por las familias. Y segunda: que el gasto social total en España está entre los más bajos de los países de la OCDE con similar o superior nivel de renta. El corolario final es que el problema fundamental del gasto social no es tanto su tamaño como la elección social sobre la forma de financiarlo, mediante un mecanismo de impuestos y transferencias al que cabe asignarle objetivos de naturaleza redistributiva, o simplemente a través del mercado mediante el sistema de precios.

Gráfico nº 5. **GASTO SOCIAL-OCDE: PÚBLICO, PRIVADO Y NETO, 2007**
(en % del PIB)



Fuente: Adema, Fron y Ladaique (2011).

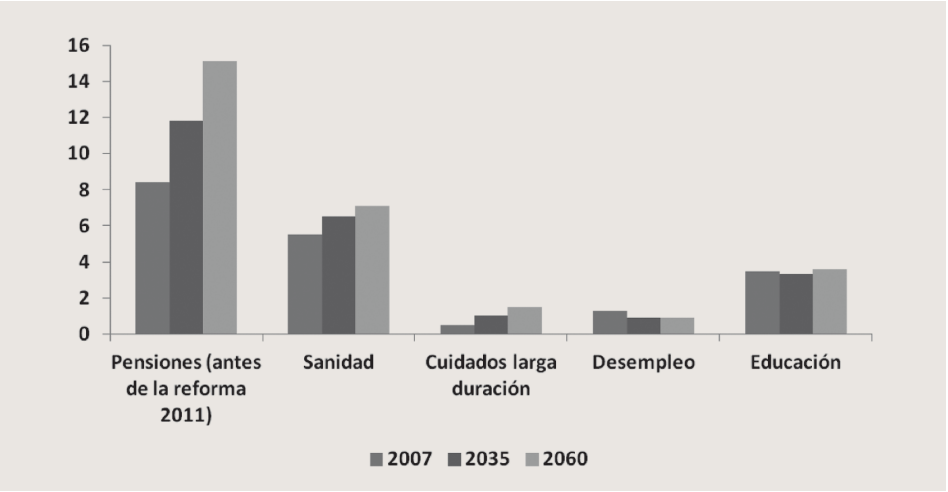
4. LA SOSTENIBILIDAD DEL GASTO SOCIAL

Más allá de la aritmética del gasto público social y de su reciente trayectoria, interesa conocer los escenarios futuros hacia los que tiende para evaluar sobre qué parámetros económicos, demográficos y sociales sería o no sostenible. Los beneficiarios de cada clase de gasto social vienen en gran medida determinados por la edad, de modo que resulta factible vincular la evolución de una parte del gasto futuro con la composición de la pirámide poblacional y manejar así unas primeras cifras sobre las ulteriores necesidades de financiación.

Las proyecciones demográficas efectuadas por organismos públicos y privados coinciden en que, si nada lo remedia, se producirá un crecimiento notable de la relación de dependencia de la población mayor de 65 y 75 años respecto a la población ocupada. El último informe de la Comisión Europea sobre envejecimiento[5] prevé que la población mayor de 65 años en España pasará del 17% en 2010 al 25% en 2035 y al 31% en 2060, y lo que es más indicativo todavía del proceso: los mayores de 80 años aumentarán desde el 5% en 2010 al 7,6% en 2035 y al 14% en 2060. Entre tanto, la población entre 15 y 65 años, sobre la que se asienta la gran mayoría de la población activa y el empleo, descenderá desde el 68% al 62% y al 56% en los años antes señalados. Y si tomamos en consideración las previsiones sobre evolución de las tasas de actividad y de empleo en los diferentes segmentos de edad, se concluye que el ratio de dependencia económica de la población mayor de 65 años, definido como el porcentaje de población inactiva mayor de esa edad respecto a la población ocupada entre 15 y 74 años (ampliando de este modo la duración de la vida laboral) pasará de un 41% en 2010 a un 50% en 2035 y a un 70% en 2060.

En un escenario con esas características el gasto social se multiplica y, por el contrario, la población ocupada, sobre la que ha de girar la mayor parte de la carga tributaria, retrocede. Cuando las proyecciones demográficas se combinan con otros supuestos de naturaleza macroeconómica sobre el crecimiento potencial del PIB, el empleo y la productividad, se pueden formular hipótesis sobre la evolución previsible del gasto social en una determinada economía (gráfico nº 6).

Gráfico nº 6. **PROYECCIONES DEL GASTO SOCIAL EN ESPAÑA RELACIONADO CON LA EDAD EN ESPAÑA** (en % del PIB)



Fuente: European Commission (2009a).

[5] European Commission (2011).

Aunque el gasto público social en España se ha situado entre los más bajos de los países de la eurozona y de la UE-15, su comportamiento durante los próximos cincuenta años será mucho más expansivo que la media. Así, tomando como base el año 2007, la Comisión Europea estima que de acuerdo con las tendencias demográficas el gasto público social en España aumentará 4,3 puntos de PIB hasta 2035 y 9 puntos de PIB en total hasta 2060, cifras que para el conjunto de la UE-15 serán 3 y 4,8 puntos respectivamente. Con todo, el resultado final estaría exactamente en la media de la UE-15 y ligeramente por debajo de la eurozona.

Los principales componentes del previsible aumento del gasto social serían, por este orden, pensiones (6,7 puntos de PIB hasta 2060, antes de la reforma de 2011), sanidad (1,6 puntos) y cuidados de larga duración (0,9 puntos), mientras en educación y desempleo no existiría crecimiento del gasto en relación con el PIB.

Otros estudios arrojan incluso resultados más expansivos sobre la trayectoria del gasto público social en España. En el caso de la sanidad, es difícil anticipar el coste derivado de la incorporación del progreso técnico, aunque las proyecciones efectuadas por la OCDE[6] contemplan dos escenarios alternativos, de contención y de presión de costes, que sumados al efecto demográfico situarían el crecimiento del gasto público sanitario en 2050 entre 2,3 y 4,1 puntos de PIB más que en 2005. En el mismo trabajo, el gasto en cuidados de larga duración aumentaría 1,7 puntos en el escenario de contención de costes y 2,4 en el de presión de costes. La aplicación de la Ley de dependencia marca una senda de crecimiento del gasto público que se situará con seguridad muy por encima de las previsiones iniciales[7]. Por el contrario, la reforma del sistema de pensiones aprobada en 2011 aliviará significativamente la presión sobre el gasto, al reducirse éste en 1,4 puntos de PIB en 2030 y en 3,5 puntos en el horizonte de 2050, según las estimaciones del propio gobierno.

Aunque, como en todo ejercicio de previsión, debe reconocerse la existencia de un notable grado de incertidumbre, lo cierto es que la velocidad de crecimiento del gasto público social será en España mucho mayor que en el resto de la UE-15, lo que exigirá esfuerzos financieros también mayores, hasta alinearnos con los restantes países avanzados de Europa, bien sea mediante el aumento de la presión fiscal, bien mediante el establecimiento de nuevas fuentes de financiación tales como tasas y precios públicos.

La llegada de la crisis económica en la segunda mitad de 2008, con una fuerte caída de las tasas de crecimiento del PIB hasta situarse en cifras negativas o próximas a cero, puede afectar también al crecimiento potencial de la economía dependiendo de la duración del *shock*. Si la actividad económica no se recupera con vigor en los próximos tres o cuatro años podríamos enfrentarnos a un escenario de «déca-

---

[6] Oliveira y de la Maisonneuve (2006).

[7] Véase Montserrat (2006/2007) y Sosvilla y Moral (2011).

da perdida» en términos de crecimiento o, peor aún, a un escenario de «*shock* permanente» con muy bajas tasas de crecimiento. En tales supuestos, al aumento de gasto público social en España en 9 puntos de PIB hasta 2060 deberían añadirse, por el efecto de un PIB menor, 1,8 o 3,2 puntos adicionales, en cada uno de los dos escenarios señalados (European Commission, 2009b).

Algo de esto puede vislumbrarse ya con los primeros datos del gasto público social entre 2007 y 2010. Como ya hemos visto, el peso relativo del gasto público social sobre el PIB se mantuvo bastante estable hasta el año 2007, con cifras situadas entre el 22% y el 23% del PIB. Sin embargo, el equilibrio se rompe en 2008 y especialmente en 2009, frenándose el aumento del ratio gasto/PIB en 2010 aunque sin llegar a reducirse.

Las estimaciones sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas a largo plazo realizadas por la Comisión Europea, considerando el nivel actual de deuda y la previsible evolución del déficit primario así como las contingencias de gasto futuro derivadas, entre otras cosas, del proceso de envejecimiento de la población y del margen existente para el aumento de la presión fiscal, situaban a España en el grupo de los denominados «países de alto riesgo», junto con Reino Unido, Holanda, Grecia, Irlanda y República Checa entre otros[8]. La Comisión recomienda la adopción de medidas para la corrección del déficit primario, actuando tanto sobre el ingreso como sobre el gasto público, y reformas en el sistema de protección social que permitan la desaceleración del incremento proyectado de los gastos vinculados al proceso de envejecimiento. La posterior reforma del sistema de pensiones aprobada poco tiempo después por el Parlamento español va precisamente en esta dirección.

Sin embargo, el crecimiento económico y la capacidad de la economía para sostener el gasto público social no es el único problema, ni siquiera el principal problema. Si contemplamos el gasto social y los impuestos que lo financian como un mecanismo de redistribución de la renta –entre personas de una misma generación, entre generaciones de activos y pasivos, o en el ciclo de vida de una misma persona–, concluiremos que lo que tenemos ante nosotros es un problema distributivo, lo que es tanto como decir un problema político. De manera que la sostenibilidad del gasto social no ha de referirse solo a los aspectos económicos o financieros, sino a los de carácter distributivo.

5. DESIGUALDAD, GASTO SOCIAL Y REDISTRIBUCIÓN

Entre los argumentos teóricos para justificar la intervención del Estado en la economía, la redistribución de la renta ocupa un lugar destacado, y el gasto público social suele considerarse el componente más redistributivo del presupuesto público. Sin embargo, el enorme desarrollo del gasto social en las economías de mercado

[8] European Commission (2009b).

atiende a una multiplicidad de funciones entre las que la redistribución es una de ellas, y aun siendo importante, no es la única. En un sentido genérico las prestaciones y servicios que forman parte del gasto social tienen por objeto la protección de los ciudadanos frente a determinados riesgos y contingencias, como la incapacidad laboral, la pobreza, el desempleo o la vejez, y la cobertura de ciertas necesidades básicas, como la educación, la salud o la vivienda. De este modo, el Estado, mediante el gasto social, persigue el cumplimiento de tres funciones principales: proporcionar seguridad económica, contribuir al crecimiento de la productividad y favorecer la estabilidad social y política del capitalismo.

La primera de las funciones del Estado de bienestar es la seguridad económica que persigue, limitar por una parte las fluctuaciones en el nivel de ingresos de las personas a lo largo de su vida, a causa de la enfermedad o el desempleo, y favorecer por otra una reasignación de su renta vitalicia desde el periodo de vida activa a la jubilación para garantizar de este modo unos niveles de consumo relativamente homogéneos. De hecho, la base del sistema de seguridad social consiste en la formalización de un conjunto de contribuciones económicas para hacer frente a este tipo de contingencias, combinando así las características de un seguro de rentas frente a las reducciones inesperadas de ingresos y de un mecanismo de ahorro para la jubilación.

En segundo lugar, la provisión de servicios públicos como la educación y la sanidad contribuye positivamente a la formación de capital humano, aumentando el crecimiento potencial de la economía: una población sana y educada es también más productiva y se adapta mejor a los cambios tecnológicos. Incluso la obligatoriedad del sistema de pensiones, al facilitar el relevo generacional y, por tanto, la incorporación al empleo de población joven de mayor cualificación, también promueve efectos positivos sobre la tasa de crecimiento a largo plazo.

En tercer lugar, el gasto público social es un factor clave en la reducción de la desigualdad. El desarrollo de programas de asistencia social y lucha contra la pobreza, la universalización de servicios como la sanidad o la educación, en los que prevalece el principio de igualdad de acceso, o los elementos redistributivos de los sistemas públicos de pensiones y de protección del desempleo, han servido para atemperar la desigualdad generada por el capitalismo. De este modo, el gasto social reduce la probabilidad de conflicto promoviendo la estabilidad social y política.

En consecuencia, una evaluación completa del gasto social debería contemplar el grado de cumplimiento de los tres objetivos señalados y la eficacia de cada uno de los servicios y prestaciones en relación con esos objetivos. Sin embargo, las limitaciones de espacio de este trabajo y su motivación inicial –vinculada a las propuestas de ajuste del gasto público en el proceso de consolidación fiscal–, nos obligan a dejar fuera del objeto de análisis los efectos del Estado de bienestar sobre el crecimiento[9],

[9] Para un panorama sobre Estado de bienestar y crecimiento véase Bandrés y García Delgado (2000).

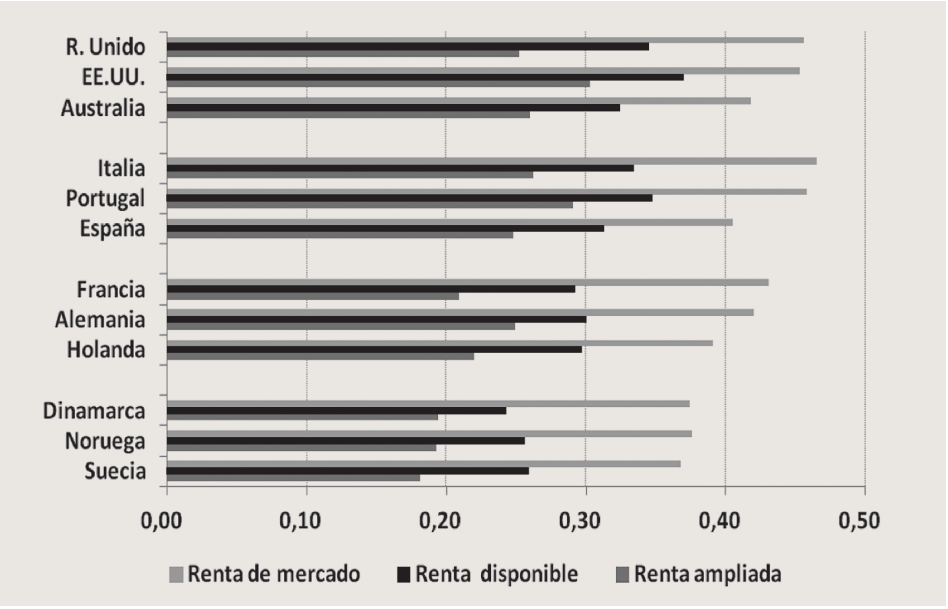
de modo que transitaremos entre los servicios y prestaciones sociales colocando el acento en los aspectos relacionados con la equidad y la seguridad económica, que por otra parte son los que resultan más cercanos e inmediatos a la justificación de la mayor parte de los programas de gasto social.

5.1. Lecciones sobre el impacto redistributivo del gasto social en España en comparación con algunos países de la OCDE

Puesto que el debate social y político sobre el ajuste del gasto público se origina en el cálculo de sus efectos redistributivos, y es lógico que así sea, empezaremos precisamente por ahí: por desvelar las relaciones no siempre bien comprendidas entre gasto social y redistribución.

El impacto redistributivo del gasto público social se mide comparando el índice de desigualdad en la distribución de la renta disponible con el índice de desigualdad que hubiera existido en la renta de mercado (rentas primarias) de no mediar ese gasto público social. Sin entrar en mayores consideraciones técnicas, el efecto redistributivo depende de dos factores: la progresividad de cada tipo de prestación o servicio, es decir, su capacidad para beneficiar en mayor proporción a los estratos inferiores de renta, y el tamaño del gasto. Cuanto más progresiva sea una determinada prestación y mayor su volumen de gasto, mayor será su impacto redistributivo.

Gráfico nº 7. **ÍNDICES DE DESIGUALDAD (GINI)**



Fuente: OECD, *Income Distribution and Poverty Database*. Datos de mediados/finales decenio 2000.

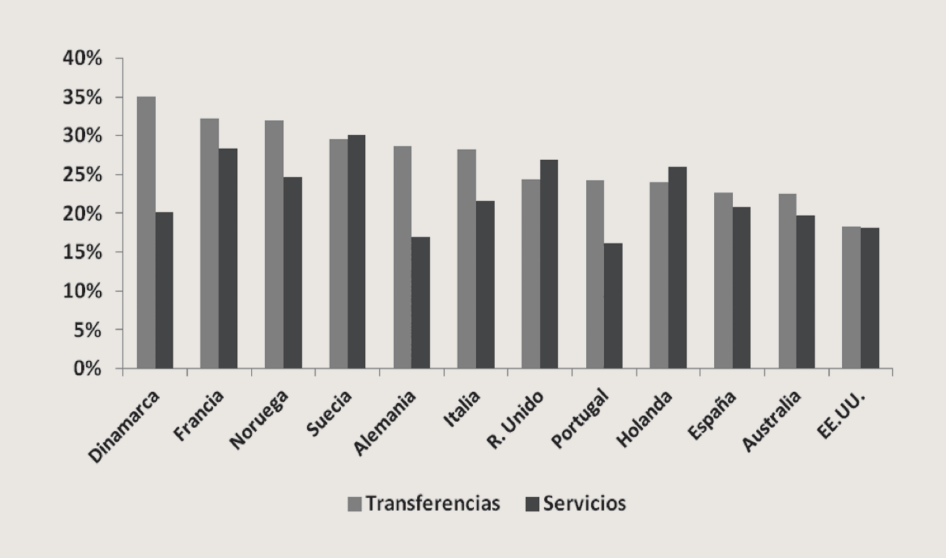
En un sentido más amplio, y para completar el análisis, pueden también tomarse en consideración los impuestos que giran sobre las familias, de manera que el impacto redistributivo mediría el efecto conjunto del sistema de impuestos y transferencias. En todo caso, este tipo de estudios no tienen en cuenta los efectos de impuestos y gastos sobre el comportamiento de los agentes económicos –los efectos de incentivo– en relación con su disposición al trabajo, al ahorro, a la composición de su cartera de activos o a las decisiones de consumo.

Pues bien, con la debida precaución puede afirmarse que, en términos generales, el impacto redistributivo conjunto del sistema de impuestos-transferencias en España reduce la desigualdad de rentas entre la población en edad de trabajar (medida en este caso por el índice de Gini) en un 23% (OECD). Dicho porcentaje supera al de países como Estados Unidos o Japón, es similar al de Australia y Holanda, y está por debajo de los de Reino Unido, Portugal, Italia, Alemania o Francia (véanse los gráficos nº 7 y 8).

En todos los países de la OCDE, con la excepción de Estados Unidos, la reducción de la desigualdad propiciada por las prestaciones en efectivo que perciben las familias es mayor que la que consigue el sistema tributario: su efecto igualador es más del doble. Pero en España esta tendencia es mucho más acentuada (cuatro veces superior en el gasto), lo que pone de manifiesto la muy escasa capacidad redistributiva de impuestos y cotizaciones sociales frente al gasto social. En suma: más de un 80% de la reducción de la desigualdad lograda por el sistema de impuestos-transferencias proviene de las transferencias y solo un 20% de los impuestos. Otros trabajos en cambio (Wang y Caminada, 2011), con microdatos de una de las fuentes más respetadas en Europa sobre distribución de la renta (el *Luxembourg Income Study*, LIS) concluyen que los impuestos apenas representan el 15% del efecto redistributivo conjunto del sistema impuestos/transferencias en la muestra de países estudiada, pero en España ese porcentaje es tan solo un 1%. Un serio aviso sobre la casi nula progresividad del sistema fiscal en su conjunto y una advertencia para quienes propugnan sin más un aumento de la presión fiscal. Depende, deberíamos decir, de sobre qué figuras tributarias gire el aumento y, sobre todo, de cómo se actúe sobre la progresividad y la base recaudatoria de cada impuesto.

Centrando el análisis exclusivamente en las transferencias en efectivo, la posición comparativa de España mejora levemente, alcanzando un impacto redistributivo superior al de Italia, Portugal o Estados Unidos y muy parecido al de Japón, Francia o Canadá, aunque por debajo de Alemania, Holanda, Austria, Reino Unido, Suecia o Dinamarca. La razón no está tanto en el tamaño del gasto en relación con la renta disponible de las familias, como en la baja progresividad de las prestaciones sociales en efectivo (véase el gráfico nº 9). Así pues, gastar más no siempre equivale a generar un impacto redistributivo mayor: Italia, España y Francia tienen gastos sociales en efectivo mayores que el Reino Unido o Estados Unidos, pero su índice de progresividad es sustancialmente más bajo. Es la combinación de ambos factores (volumen de gasto y progresividad) la que determina el efecto redistributivo.

Gráfico nº 8. **IMPACTO REDISTRIBUTIVO DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL: REDUCCIÓN RELATIVA DE LA DESIGUALDAD**

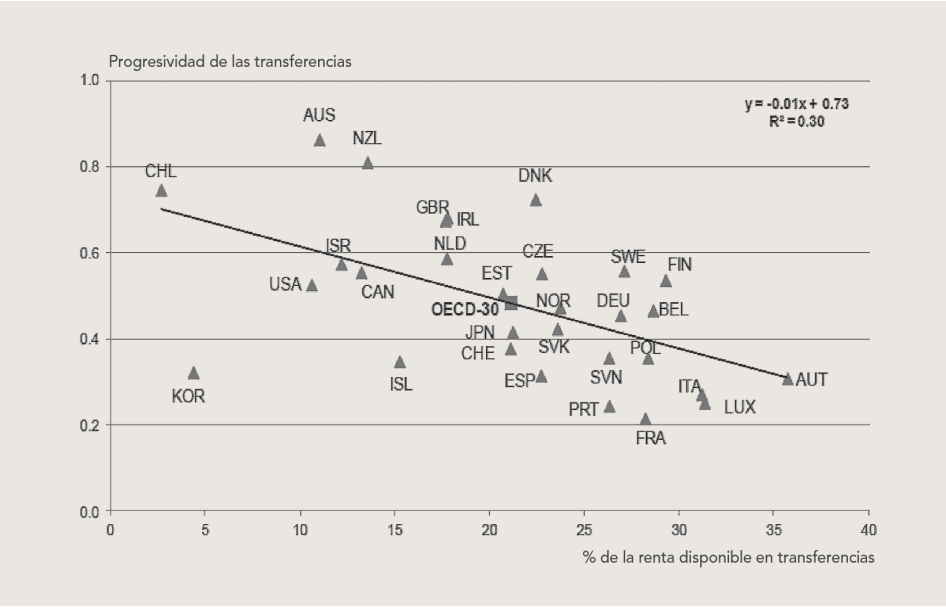


Fuente: Elaboración propia con datos de OECD, *Income Distribution and Poverty Database.* Datos de mediados/finales decenio 2000.

Cargar el efecto redistributivo del gasto social casi exclusivamente sobre la progresividad es propio de los modelos basados en la comprobación de recursos de los beneficiarios y en el carácter selectivo de las prestaciones (Estados Unidos, Australia, Canadá, Corea, Chile). Se argumenta, con razón, que dichos modelos arrastran numerosos problemas: la pérdida del apoyo político de las clases medias –que quedan excluidas–, la menor calidad de las prestaciones y servicios –solo para segmentos de rentas bajas–, la estigmatización de los beneficiarios, los elevados costes de transacción y, finalmente, el escaso impacto global sobre la desigualdad, al girar sobre un volumen de gasto público muy reducido. Posiblemente, las diferencias entre unos y otros países se deban también a las distintas ponderaciones asignadas a la responsabilidad individual y a la solidaridad social, fruto de la tradición cultural de cada sociedad.

El mencionado trabajo de Wang y Caminada (2011) con la base de datos del LIS descompone, de todos modos, el efecto redistributivo de las prestaciones sociales en España entre las pensiones de jubilación y viudedad (80%), la protección del desempleo (8%), las pensiones de invalidez (7%) y las prestaciones por incapacidad temporal (2%) y el resto. En comparación con los demás países europeos destaca sobre todo la casi nula presencia del gasto social de apoyo a las familias y de las transferencias antipobreza.

Gráfico nº 9. **PROGRESIVIDAD Y TAMAÑO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES EN EFECTIVO**



Fuente: Tomado de Joumard, Pisu y Bloch (2012), pág. 13.

Por su parte, las prestaciones en especie, aunque algo menores en volumen que las transferencias, ejercen también un considerable efecto redistributivo, de modo que si a la renta disponible se suma el valor monetario de los gastos en sanidad, educación, vivienda social y otros servicios sociales, la desigualdad (medida por el índice de Gini) se reduce un 21%. El gasto sanitario presenta una elevada progresividad y, dado su volumen, es el de mayor impacto redistributivo –cerca de un 12%–, seguido a considerable distancia por la educación con un 6,4% y el cuidado y educación de niños con un 1,4%.

5.2. **La redistribución a lo largo del ciclo vital**

La redistribución que generan las prestaciones y servicios sociales en un momento dado del tiempo –por lo general, suele tomarse como referencia el año natural– no es la única clase de redistribución que se produce a través de las instituciones de bienestar social. En realidad, si nos propusiéramos una evaluación global de sus efectos redistributivos deberíamos situarnos en un horizonte temporal que abarcara toda la vida del individuo, todo su ciclo vital, considerando que si bien en un momento dado puede ser beneficiario neto del sistema de protección social (infancia, desempleo, enfermedad, incapacidad, jubilación), en otros momentos será con-

tribuyente neto (trabajador en activo). Podría incluso extenderse la argumentación no sólo al gasto social, sino a todos los beneficios y costes que cada uno obtiene y soporta respecto a la actuación del sector público a lo largo de su vida. Los individuos serían clasificados no con arreglo a su renta en un año determinado, sino a su renta vitalicia, y calcularíamos a continuación el saldo vitalicio entre los beneficios percibidos y los impuestos pagados.

Sin embargo, estimar la redistribución a lo largo del ciclo de vida es un ejercicio de una gran complejidad, al requerirse datos completos sobre la trayectoria vital de cada sujeto. Dadas las dificultades para contar con este tipo de información histórica, la solución factible consiste en construir perfiles individuales vitalicios mediante modelos de microsimulación dinámicos en los que se asignan probabilidades a los posibles sucesos que transcurren a lo largo de la vida de las personas en función de las características de cada una. Por desgracia, existen pocos trabajos empíricos que investiguen la redistribución vitalicia a que da lugar el sector público, aunque sí se cuenta con algunos, referidos a países anglosajones (Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Irlanda), así como a Suecia, Italia y Holanda (véase O'Donoghue, 2001 y Stahlberg, 2007).

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la redistribución vitalicia entre individuos de una misma generación es siempre menor que la redistribución vertical calculada para un solo año. Para el caso de Suecia, el efecto redistributivo interpersonal en el ciclo vital estaría entre el 18 y el 24% del total, siendo el resto de la redistribución una simple transferencia intrapersonal de renta entre diferentes momentos del ciclo de vida de una misma persona. El peso de la redistribución interpersonal se situaría entre el 29 y el 38% para el Reino Unido, el 45% para Irlanda y entre el 48 y el 62% en Australia. Es curioso que en los países donde el gasto público social es mayor, también es mayor el componente de redistribución intrapersonal a lo largo del ciclo vital, mientras que los países cuyo sistema de protección social es más pequeño –basado principalmente en prestaciones sujetas a comprobación de recursos–, genera proporcionalmente mayor redistribución interpersonal. En todo caso, el sistema continúa siendo progresivo: los pobres son beneficiarios vitalicios netos y los ricos contribuyentes vitalicios netos, pero mucho menos de lo que indican los estudios anuales de redistribución vertical.

El reverso de lo anterior es que una gran parte de la redistribución del gasto social, y del conjunto del sistema de impuestos-transferencias, es simplemente una redistribución intrapersonal: los individuos contribuyen al sistema conforme obtienen ingresos y reciben protección cuando pierden esos ingresos. La razón de ser del sistema ya no tendría como principal argumento la reducción de las desigualdades interpersonales, sino la búsqueda de un mecanismo de protección y seguridad económica frente a las fluctuaciones de ingresos derivadas de la incapacidad o el desempleo, o como cobertura ante la enfermedad o la vejez.

5.3. **La redistribución entre generaciones**

El sistema de protección social da lugar también a un proceso de redistribución entre generaciones, puesto que la mayoría de las prestaciones y servicios se financian mediante impuestos o cotizaciones basadas en un modelo de reparto; tan solo algunos sistemas tienen como base la capitalización, especialmente en el caso de las pensiones. Es el denominado contrato implícito entre generaciones, en virtud del cual la generación en activo contribuye para pagar las pensiones, la sanidad y el cuidado de los mayores, así como la educación de los jóvenes, en la confianza de que la siguiente generación hará lo mismo llegado el momento. Y puesto que existen factores demográficos, sociales y económicos que modifican los parámetros en que se basa el sistema de protección social –tanto las contribuciones como las prestaciones–, lo normal es que no haya un equilibrio actuarial entre lo cotizado y lo percibido por cada generación, dando lugar a la referida redistribución intergeneracional.

Lo cierto es que en España, el tardío desarrollo del Estado de bienestar ha dado lugar hasta fechas recientes a sucesivos aumentos del gasto social, que ocasionaban redistribuciones intergeneracionales siempre positivas para las cohortes de mayor edad. Sin embargo, la nueva transición demográfica ha desestabilizado el equilibrio del sistema, poniendo en riesgo su «generosidad» con las futuras generaciones de beneficiarios. Asistimos, por tanto, a un proceso de cambio de signo de la redistribución intergeneracional, resultado de un aumento de la presión contributiva sobre los activos y un empeoramiento de sus expectativas sobre los beneficios futuros.

Los trabajos sobre los efectos redistributivos del gasto social en España en un horizonte intertemporal se han dedicado principalmente al sistema de pensiones contributivas de la Seguridad Social. Así por ejemplo, en una simulación de los efectos de la reforma del sistema de pensiones aprobada en 1997, calculamos el componente de transferencia, que se define como aquella parte de la pensión percibida que sobrepasa la cuantía correspondiente a una pensión que mantuviese el equilibrio actuarial entre cotizaciones y pensiones. Dicho componente es, por tanto, el valor de la transferencia intergeneracional que en conjunto perciben los pensionistas que se jubilaron con las reglas de 1997 que, en lo sustancial, permanecen vigentes hasta la entrada en vigor de la reforma de 2011. En ese marco teórico de incidencia vitalicia, los resultados muestran que la redistribución intergeneracional equivaldría al 21% del gasto en pensiones de jubilación, porcentaje en todo caso cuya evolución es decreciente conforme avanza la maduración del sistema. Asimismo, el valor que alcanza la redistribución intergeneracional es hasta tres veces mayor en las dos primeras decilas –las de menores ingresos– y mucho más bajo entre el 50% de los pensionistas con mayores pensiones, lo que denota también la existencia, aunque con matices, de una elevada proporción de redistribución intrageneracional (Bandrés y Cuenca, 1998).

6. CONCLUSIONES

1. Los argumentos anteriores sobre la situación comparativa y las proyecciones del gasto público social en España, y sobre las consecuencias distributivas de las prestaciones y servicios nos conducen a una doble conclusión. Por una parte, España no tiene un problema de exceso de gasto social, aunque de no adoptar medidas sí tendrá un problema de crecimiento acelerado y, por tanto, de necesidades financieras crecientes. Por otra, cualquier política de ajuste del gasto debe tener en cuenta el balance de ganadores y perdedores, es decir, sus efectos redistributivos, puesto que ahí radica el núcleo del debate social sobre esta cuestión.

2. El gasto público social es un factor determinante del equilibrio entre mercado y propiedad privada por un lado y equidad social por otro, tan característico del modelo democrático de convivencia de Europa occidental. El consenso entre capitalismo y democracia ha funcionado sin excesivas tensiones gracias al efecto suavizador de las instituciones de bienestar social. Las reformas, por tanto, deben contar con un elevado nivel de acuerdo social y político, y antes de emprenderlas, no solo deben estimarse sus costes presupuestarios sino sus implicaciones en términos de equidad y eficiencia.

3. Hasta la llegada de la crisis, el gasto público social en España ha mantenido durante el primer decenio de este siglo un comportamiento estable en términos de su relación con el PIB, situándose entre el 22 y el 23% del PIB entre 2000 y 2007.

4. En términos comparativos con el resto de las economías avanzadas, el tamaño del gasto público social en España se ha situado en las últimas posiciones del modelo continental europeo de protección social (muy por detrás de Francia, Alemania o incluso Italia), en el que podría denominarse modelo mediterráneo, aunque claramente por delante de los países que integran el modelo anglosajón.

5. La crisis económica ha desbaratado la estabilidad del gasto público social por una doble vía: la brusca caída de la actividad económica y el componente automático de determinadas prestaciones sociales, entre las que destaca la protección del desempleo. En consecuencia, el peso relativo del gasto público social sobre el PIB ascendió hasta el 28% en 2009.

6. Considerando el volumen total de recursos que cada país dedica a financiar su gasto social, tanto público como privado, se pone también de manifiesto que los recursos destinados a la cobertura de las necesidades sociales en España están entre los más bajos de las economías avanzadas. Además, al tener en cuenta el gasto privado se desvela que los países europeos continentales e incluso los nórdicos no tienen un sistema de protección social más caro que los anglosajones: la principal diferencia está en cómo se paga, a través del sector público mediante impuestos o directamente por cada familia según su capacidad económica.

7. En consecuencia, un cambio en la proporción gasto público/gasto privado dando más protagonismo a este último ni reduce las necesidades sociales ni el coste de financiarlas. Las previsiones de crecimiento del gasto social se cumplirán sea cual sea la forma en que éste se financie y, por tanto, deberán ser atendidas. El problema no es si habrá recursos para atender esas necesidades, porque tendrá que haberlos. El problema es cómo los pagaremos, lo que nos remite a la relación público/privado situando el debate en una nueva dimensión, la distributiva, es decir, la política.

8. Aun admitiendo que la provisión privada de determinados servicios pudiera favorecer algunas mejoras de eficiencia y, por tanto, un cierto ahorro de costes, la superioridad del sector público está bien acreditada en relación con el sistema público de pensiones y la asistencia sanitaria universalizada, justo los dos tipos de gasto sobre los que existen previsiones de mayor crecimiento futuro. Los problemas de selección adversa y riesgo moral, así como los elevados costes de transacción están en el centro de la argumentación teórica a favor de la intervención pública. Pero desde un punto de vista empírico, tanto el sistema de pensiones públicas en España como la atención sanitaria pública se encuentran entre las más eficientes de Europa, en cualquier relación que pueda establecerse entre costes y resultados.

9. El gasto social tiene una estrecha vinculación con la estructura de edades de la población. Las proyecciones económicas y demográficas para los próximos 25/50 años anticipan que, de no mediar actuaciones correctoras, el gasto público social aumentaría en España 4,3 puntos sobre el PIB hasta el 2035 y 9,0 puntos en total hasta el 2060, simplemente por efecto del envejecimiento de la población. Tratándose de un crecimiento que está entre los más altos de Europa, el resultado final sería, sin embargo, un nivel de gasto igual que la media de la UE-15 en 2060.

10. La demografía no es el único vector que va a trastocar la estabilidad del sistema de protección social. Los cambios en las relaciones familiares y el nuevo papel de la mujer en la economía alteran decisivamente uno de los principales pilares de protección, la familia, que todavía ocupa un espacio muy importante en el cuidado de los niños y de los ancianos. Cabe por tanto pensar que existirá una mayor demanda de cuidados de larga duración fuera de la familia, y de atención y educación para los menores de tres años.

11. Cualquier propuesta de reforma de los servicios y prestaciones del sistema de protección social debe contemplar el balance resultante de ganadores y perdedores. El gasto público social y los impuestos y cotizaciones que lo financian tienen un impacto redistributivo sobre la renta de mercado (rentas primarias) que reduce la desigualdad en un 23%. Sin embargo, el sistema fiscal apenas contri-

buye a dicha reducción, configurándose como un sistema que en conjunto es escasamente progresivo, prácticamente proporcional.

12. Los servicios públicos de sanidad, educación, vivienda social, y cuidado de niños y dependientes también dan lugar a un importante efecto redistributivo. La desigualdad de la renta ampliada –definida como la suma de la renta disponible y el valor monetario de estas prestaciones en especie– es un 21% menor que la de la renta disponible. La sanidad pública es el servicio con mayor impacto redistributivo –cerca de un 12%–, seguida a considerable distancia por la educación con un 6,4%.

13. En consecuencia, el efecto redistributivo del Estado de bienestar recae casi exclusivamente sobre el gasto social. Y de ello se derivan dos conclusiones adicionales. Primera: que la financiación de las prestaciones a través del sistema fiscal no garantiza, sin más, su progresividad, siendo necesario descender al análisis de cada figura tributaria. Si queremos una mayor contribución a la equidad por el lado del ingreso hay que mejorar la progresividad de los impuestos (imposición sobre la riqueza, sucesiones, fraude fiscal). Y segunda: que la privatización o el recorte del gasto social da lugar, en términos generales, a una mayor desigualdad en la distribución personal de la renta, aunque también sea preciso descender al análisis de cada una de las prestaciones y servicios para conocer con mayor detalle sus efectos redistributivos.

14. Por último, una parte muy importante de la redistribución asociada al gasto público social tiene lugar a lo largo del ciclo de vida de las personas, de manera que el Estado de bienestar actúa como un mecanismo de seguridad económica frente a los riesgos y contingencias de la enfermedad, el desempleo, la incapacidad o la vejez. Los modelos continentales europeos de protección social no son, por tanto, un instrumento de garantía de rentas solo para los más débiles, sino un mecanismo de seguridad para la gran mayoría de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEMA, W.: FRON, P. y LADAIQUE, M. (2011): *Is the European Welfare State really more expensive? Indicators on social spending, 1980-2012; and a manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, 124, OECD.

BANDRÉS, E. (1999): «Gasto público y estructuras del bienestar: el sistema de protección social», en J.L. García Delgado (dir.), *España, economía: ante el siglo XXI*, Madrid, Espasa Calpe.

BANDRÉS, E. y CUENCA, A. (1998): «Equidad intrageneracional en las pensiones de jubilación: la reforma de 1997», *Revista de Economía Aplicada*, 18 (vol. VI).

BANDRÉS, E. y GARCÍA DELGADO, J.L. (2000): Estado de Bienestar y crecimiento económico, en S. Muñoz Machado, J.L. García Delgado y L. González Seara (dirs.*), Las estructuras del bienestar en Europa*, Madrid, Escuela Libre Editorial/Civitas.

ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *Los tres mundos del Estado del bienestar*, Valencia, Edicions Alfons el Magnánim-IVEI, 1993.

EUROPEAN COMMISSION (2009a): The Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, European Economy*, 2/2009.

— 2009b: Sustainability Report-2009*, European Economy*, 9/2009.

— 2011: The Ageing Report: underlying assumptions and projection methodologies, *European Economy*, 4/2011.

FERRERA, M. (1996): «The 'Southern model' of welfare in social Europe», *Journal of European Social Policy*, 6.

JOUMARD, I.; PISU, M. y BLOCH, D. (2012): «Income redistribution via taxes and transfers across OECD countries»*, Less income inequality and more growth-are they compatible?*, Part III, Economics Department Working Paper nº 126, OECD.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA: *Cuentas de las Administraciones Públicas*, varios años.

MONTSERRAT, J. (2006/2007): «Evolución y perspectivas de la financiación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia», *Documentación Administrativa*, 276-277, septiembre-diciembre 2006 y enero-abril 2007.

O'DONOGHUE, C. (2001): «Redistribution over the lifetime in the Irish tax-benefit system: an application of a prototype dynamic microsimulation model for Ireland», *The Economic and Social Review*, 32 (3), october.

OECD: *Income Distribution and Poverty Database*, varios años.

OECD: *Social Expenditure Database*, varios años.

OLIVEIRA, J. y de la MAISONNEUVE, C. (2006): *The drivers of public expenditure on health and long-terme care: an integrated approach*, OECD Economic Studies, nº 43.

SOSVILLA, S. y MORAL, I. (2011): «Estimación de los beneficiarios de prestaciones de dependencia en España y del gasto asociado a su atención para 2007-2045», *Gaceta Sanitaria*, 25, supl. 2.

STAHLBERG, A-C. (2007): *Redistribution across the life course in social protection systems*, Working Party on Social Policy, OECD, WP1(2007)7

WANG, C. y CAMINADA, K. (2011): *Disentangling income inequality and the redistributive effect of social transfers and taxes in 36 LIS countries*, LIS Working Papers Series, nº 567.

¿Por qué los españoles son (moderadamente) autonomistas? Las ganancias regionales de eficiencia y la preferencia por la autonomía

En este trabajo se contrasta la hipótesis de que la preferencia de los ciudadanos por la fórmula autonómica de organización del Estado está directamente condicionada por el reconocimiento por los mismos de la existencia de ganancias de eficiencia derivadas de la descentralización. Con esa finalidad, se estima un modelo Probit ordenado, para la base de datos constituida por el Barómetro número 2.610 del Centro de Investigaciones Sociológicas, de diciembre de 2005. La variable dependiente refleja el modelo de organización territorial preferido por el ciudadano (de la centralización a la independencia) y las variables explicativas, la valoración por cada individuo de la gestión realizada por los gobiernos autonómicos, además de algunas variables de control. La estimación se realiza, primero, sin considerar la estructura jerarquizada de los datos, y posteriormente se complementa con un análisis multinivel. En los ejercicios realizados se confirma que la opinión mostrada por la gestión del sector público autonómico determina la preferencia de los ciudadanos por la organización descentralizada del Estado.

Lan honek hipotesi hau frogatzen du: herritarrek, Estatua antolatzeko, nahiago dute formula autonomikoa, eta horretan zuzeneko eragina du herritarrek aintzat hartzen dutela deszentralizaziotik eraginkortasun-irabaziak eratortzen direla. Horretarako, Probit eredua balioetsi da CISen 2005eko abenduko 2.610. zenbakiko Barometroak osatutako datu-baserako. Menpeko aldagaiak herritarrek nahiago duten lurralde-antolaketaren eredua islatzen du (zentralizaziotik independentziara). Gainera, argitzeko aldagaiek bakoitzak gobernu autonomikoek egindako kudeaketaren inguruan duen balorazioa azaltzen dute. Halaber, kontrol-aldagai batzuk ere badaude. Balioespena, lehenik eta behin, datuen egitura hierarkikoa kontuan hartu gabe egiten da, eta, ondoren, maila anitzeko analisi batekin osatzen da. Egindako ariketek argi adierazten dute sektore publiko autonomikoaren kudeaketan emandako iritziekin herritarrek nahiago dutela Estatuaren antolaketa deszentralizatua.

This study tests the hypothesis that the preference of Spanish citizens for regional decentralization of the State is directly conditioned by their recognition that the system of Autonomous Communities generates efficiency gains. We estimate an ordered probit model using the data base created by the Centro de Investigaciones Sociológicas Barometer 2,610, of December 2005. The dependent variable reflects the model of territorial organization preferred by the citizen (from centralization through to independence) and the explanatory variables consist of citizens' assessments of the action of regional government, as well as certain control variables. The model has been first calculated without considering the hierarchical structure of the data and has then been supplemented by a multilevel analysis. The results reveal evidence that citizens' opinions of regional public sector performance determine their preference towards the decentralization of the state.

Julio López Laborda[1]
Fernando Rodrigo
Universidad de Zaragoza

A la memoria de nuestro compañero Antonio Sánchez Sánchez

Índice

1. Introducción
2. Aplicación
3. Consideraciones finales
Referencias bibliográficas

Palabras clave: Descentralización fiscal, eficiencia, modelos multinivel.
Keywords: fiscal descentralization, eficiency, multi-level models.

Nº de clasificación JEL: H77, D78.

1. INTRODUCCIÓN

La literatura del federalismo fiscal asocia tradicionalmente a la descentralización con las ganancias potenciales de eficiencia (Oates, 1972). Por un lado, la descentralización favorece la eficiencia asignativa, al aproximar la prestación de los bienes y servicios públicos regionales y locales a las preferencias de los individuos que los van a consumir. Por otro lado, y como consecuencia de la existencia de presiones competitivas, la descentralización promueve la eficiencia en la prestación por los gobiernos de los bienes y servicios subcentrales. En la actualidad, como recuerdan Barankay y Lockwood (2007), la eficiencia productiva se interpreta en un sentido amplio, que incluye aspectos relacionados con la corrupción, el despilfarro o la gobernanza.

[1] Una versión de este trabajo se presentó en el *XVII Encuentro de Economía Pública*, celebrado en Murcia los días 4 y 5 de febrero de 2010. Los autores agradecen los comentarios de los asistentes y, en especial, de Javier Suárez Pandiello y Santiago Lago, así como la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación (proyecto ECO2009-10003) y del Gobierno de Aragón y el Fondo Social Europeo (Grupo de investigación de Economía Pública).

La literatura empírica sobre las relaciones entre eficiencia y descentralización es todavía escasa y poco concluyente. Faguet (2004) y Mazzaferro y Zanardi (2008) hallan evidencia de que la descentralización permite la acomodación de los servicios públicos a las preferencias heterogéneas de los ciudadanos, y Barankay y Lockwood (2007), Adam, Delis y Kammas (2008) y Porcelli (2009), del efecto positivo de la descentralización sobre la eficiencia del sector público. En cambio, Lessmann y Markwardt (2009, 2010) concluyen que la descentralización fiscal reduce la efectividad de la ayuda al desarrollo, mientras que la descentralización política no es significativa o tiene un efecto positivo. Ahmad *et al.* (2007), Ahmad, Brosio y Tanzi (2008) y Ahmad y Brosio, eds. (2009) revisan la literatura favorable y contraria a la descentralización. En España, Esteller y Solé (2005) encuentran evidencia de que la asignación de inversiones públicas se ajusta a la diversidad de preferencias, y Salinas y Solé (2009), de que la descentralización de la educación ha favorecido una mejora del *output* educativo. Una revisión de literatura sobre la experiencia descentralizadora española puede encontrarse en López Laborda (2011).

Si los ciudadanos de una jurisdicción subcentral perciben el aumento en su bienestar como consecuencia de la provisión descentralizada de algunos bienes y servicios públicos –como educación, sanidad, infraestructuras, urbanismo, vivienda, etcétera–, cabe esperar que acojan favorablemente la organización descentralizada de su país, frente a la opción centralizadora. Esta es, precisamente, la hipótesis que se quiere contrastar en este trabajo: que la preferencia de los ciudadanos por la fórmula autonómica de organización del Estado está directamente condicionada por el reconocimiento por los mismos de la existencia de ganancias de eficiencia derivadas de la descentralización.

Con esa finalidad, en la siguiente sección se especifica y estima un modelo Probit ordenado, para la base de datos constituida por el Barómetro número 2.610 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), de diciembre de 2005. La variable dependiente refleja el modelo de organización territorial preferido por el ciudadano (desde la centralización hasta la independencia) y las variables explicativas de interés, la valoración por cada individuo de la gestión realizada por los gobiernos autonómicos. El modelo se completa con algunas variables de control, relacionadas con el sentimiento de identificación del individuo, su ideología política, su sexo, edad y condiciones laborales. La estimación se realiza, primero, sin considerar la estructura jerarquizada de los datos, y luego se complementa con un análisis multinivel. En todos los ejercicios realizados se encuentra evidencia de que la opinión mostrada por la gestión del sector público autonómico determina la preferencia de los ciudadanos por la organización descentralizada del Estado.

Hay una cuestión que, aunque no se pretende abordar en profundidad en este trabajo, no puede dejar de señalarse aquí, por su influencia en el ejercicio llevado a cabo y en los resultados alcanzados. Estamos asumiendo que los individuos son capaces de identificar correctamente el nivel de gobierno –central, regional o local–

responsable de la provisión de cada bien o servicio público y, en consecuencia, de evaluar adecuadamente la gestión realizada por cada administración. Lo cierto es, sin embargo, que, como las propias encuestas muestran sistemáticamente, la mayor parte de los ciudadanos no puede identificar el nivel de gobierno responsable de la provisión pública y que está más informada de las competencias locales que de las autonómicas o centrales[2].

Con datos de Galicia para 1998 y 2006 (procedentes del CIS y de la Escola Galega de Administración Pública, respectivamente), León-Alfonso y Ferrín (2007) concluyen que los ciudadanos mejoran su conocimiento de la titularidad de las competencias públicas a lo largo del tiempo y que este aprendizaje es selectivo, pues afecta especialmente a los individuos más interesados por la política autonómica y con un nivel de formación más alto. Con datos del CIS de 1998, León-Alfonso (2010) obtiene evidencia de que la atribución de responsabilidades es más clara en las comunidades con un elevado o reducido nivel de descentralización de ingresos y gastos (respectivamente, las comunidades forales y las denominadas comunidades del art. 143 de la Constitución), y es menos clara en las comunidades con elevada descentralización de gastos, pero baja de ingresos (comunidades del art. 151). La explicación de la autora es que para niveles elevados o reducidos de descentralización, siempre hay un nivel de gobierno que predomina claramente sobre el otro, lo que facilita la atribución de responsabilidades. Para niveles intermedios de descentralización, la asignación de responsabilidades está más entrelazada, y al ciudadano le cuesta más identificar las responsabilidades de cada nivel de gobierno.

En López Laborda y Rodrigo (2012) hemos realizado una primera aproximación empírica al problema de la atribución de responsabilidades en los impuestos y servicios regionales. Utilizando la base de datos de la encuesta de «Opiniones y actitudes fiscales de los españoles» del Instituto de Estudios Fiscales de los años 2005, 2007 y 2010, y mediante modelos del tipo Logit y Probit, en ese trabajo se estiman los factores que explican, primero, la identificación correcta o incorrecta por parte de los ciudadanos de las administraciones que prestan los servicios de educación y sanidad y que perciben ingresos del IRPF y el IVA; y segundo, la preferencia de los ciudadanos por la provisión centralizada de esos servicios y por la percepción centralizada de los citados tributos. De los resultados obtenidos se desprende que quienes mejor identifican los servicios e impuestos regionales son los ciudadanos más educados, más preocupados por lo público, vecinos de municipios más grandes y residentes en comunidades autónomas donde la descentralización es más vigorosa: forales y (para los servicios) de nivel inicial alto de competencias. Actuando sobre estos factores puede mejorarse el co-

[2] Véase Área de Sociología Tributaria (2006, 2007, 2008, 2011) y Estefanía, dir. (2008). En la literatura, Cutler (2004) y Anderson (2006) abordan la conexión entre la atribución de responsabilidades en un sistema federal y la responsabilidad democrática. Con un modelo multinivel, Rudolph (2003a, 2003b) ratifica un resultado general de la literatura: que el contexto institucional configura la atribución de responsabilidades por los ciudadanos y ésta, a su vez, guía sus evaluaciones políticas.

nocimiento de las administraciones responsables de los servicios e impuestos y, derivadamente, se puede hacer conscientes a los ciudadanos de que la responsabilidad última sobre determinados servicios e impuestos debe ser regional.

En suma, lo que podemos afirmar con el ejercicio que se desarrolla en la siguiente sección es que existe evidencia de que lo que los individuos creen –acertada o erróneamente– acerca de la gestión de los asuntos públicos que sus respectivas comunidades autónomas llevan a cabo, tiene una influencia significativa en la valoración que les merece el Estado autonómico como forma de distribución territorial del poder en España.

2. APLICACIÓN

2.1. Estimación del modelo sin consideración de la estructura jerarquizada de los datos

Como se ha explicado en la introducción, la hipótesis que se somete a contraste en este trabajo es que la preferencia de los ciudadanos por la fórmula autonómica de organización del Estado está directamente condicionada por el reconocimiento por los mismos de la existencia de ganancias de eficiencia derivadas de la descentralización.

Como también se señalaba, la base informativa del ejercicio empírico radica en la información suministrada por el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), número 2.610, de diciembre de 2005, conformado por 10.371 entrevistas, y que, entre otros contenidos, recoge, por medio de un amplio abanico de cuestiones, las opiniones y actitudes de los ciudadanos españoles sobre la organización del Estado vigente en aquella fecha.

Empecemos describiendo el ejercicio econométrico realizado. Dado que el modelo con el que pretendemos trabajar contiene una variable endógena cualitativa (que denominamos *ORG*) cuyos valores (del 1 al 4) se corresponden con las distintas respuestas dadas a una pregunta acerca de las preferencias personales por organizaciones alternativas del Estado en España (el valor de 1 se corresponde por la preferencia por la existencia única de un gobierno central y el valor de 4 con la preferencia por la posibilidad de reconocimiento de posibles demandas de autodeterminación), nos encontramos con lo que en la literatura se denomina un modelo de respuesta ordenada (las decisiones individuales se ordenan entre las opciones extremas de centralización plena e independencia). Es decir, el valor asignado a cada alternativa no es arbitrario.

El enfoque teórico de esta modelización supone que el decisor elige la alternativa que le otorga una mayor utilidad. De forma general, la especificación de un modelo de este tipo se basa en el denominado enfoque de la variable latente. Es decir, la respuesta realmente observada, Y, va a ser función de una variable latente Y^* (no

observada) que, en principio, puede depender de características asociadas tanto a una opción concreta como al propio individuo (X).

Si el regresando Y puede tomar valores entre el 1 y el 4, entonces se puede aplicar el siguiente patrón de observación para la variable Y^*:

$$Y_i = \begin{cases} 1 \; si \; Y_i^* \leq c_1 \\ 2 \; si \; c_1 < Y_i^* \leq c_2 \\ 3 \; si \; c_2 < Y_i^* \leq c_3 \\ 4 \; si \; Y_i^* > c_3 \end{cases} \quad (1)$$

donde c_1, c_2, y c_3 son los valores de los umbrales o barreras, y donde:

$$Y_i^* = F(X_i\beta) + u_i \, , \quad (2)$$

siendo F una función no lineal (en general, una función de distribución logística, normal o de Gompit, que dan lugar, respectivamente a modelos ordenados Logit, Probit o Valor Extremo) de una combinación lineal de las características explicativas.

El anterior patrón asume que existe una correspondencia entre el orden de los valores de las variables observadas y latentes, por lo que, si $Y_i < Y_j$, necesariamente $Y_i^* < Y_j^*$.

En este tipo de modelos, los valores de los umbrales y de los coeficientes β se estiman conjuntamente mediante el método de la máxima verosimilitud.

Teniendo en cuenta lo anterior y la información suministrada en la encuesta del CIS, adoptaremos la siguiente especificación,

$$ORG_i = X_i\beta + Z_i\gamma + u_i \quad (3)$$

donde X_i son las variables de interés y Z_i, las variables de control.

La variable dependiente es *ORG*. Como se ha mencionado anteriormente, presenta cuatro valores distintos que corresponden a las opciones siguientes:

valor 1 si el individuo encuestado prefiere la existencia de un Estado con un único Gobierno Central sin autonomías,

valor 2 si el individuo prefiere la existencia de un Estado con comunidades autónomas como en la actualidad,

valor 3 si el individuo prefiere un Estado en el que las comunidades autónomas tengan mayor autonomía que en la actualidad, y

valor 4 si el individuo prefiere un Estado en que se reconociese a las autonomías la posibilidad de convertirse en naciones independientes

Las variables de interés reflejan la valoración que realizan los ciudadanos de la gestión llevada a cabo por sus respectivas comunidades autónomas. Son variables *proxy* de la percepción por los individuos de las ganancias o pérdidas de eficiencia asignativa y productiva derivadas de la descentralización. Hemos seleccionado las tres variables siguientes del barómetro del CIS:

CERC: variable que recoge la opinión acerca de la contribución del desarrollo del Estado de las autonomías al acercamiento de la gestión de los asuntos públicos a los ciudadanos. El valor 1 se otorga si se está «muy de acuerdo» con esta consideración y el de 5 si se está «muy en desacuerdo». El signo esperado para esta variable es negativo.

GASTO: variable que recoge la opinión acerca de la contribución del desarrollo del Estado de las autonomías al aumento del gasto público, sin mejorar los servicios públicos. El valor 1 se otorga si se está «muy de acuerdo» con esta consideración y el de 5 si se está «muy en desacuerdo». En consecuencia, esperamos un signo positivo para esta variable.

EDUC, INFR, SANID: grupo de variables que valora la política que el gobierno de la comunidad autónoma de residencia ha seguido, respectivamente, en materia de educación, infraestructuras y sanidad. El valor 1 se otorga si se opina que la política ha sido «muy buena» y el de 5 si se considera «muy mala». Asignamos un signo negativo a estas variables.

Como variables de control, se utilizan las que se relacionan a continuación:

SENT: variable que recoge el sentimiento de identificación del individuo. Toma el valor 1 si el encuestado se siente únicamente español y el valor 5 si se siente únicamente andaluz, aragonés, etc. Lógicamente, esperamos que esta variable tenga un signo positivo: cuanto mayor sea el sentimiento autonomista del individuo, mayor tendrá que ser su preferencia por un modelo descentralizado.

PESTATAL: variable que toma el valor 1 si el entrevistado votó en las últimas elecciones generales antes de la encuesta (marzo de 2004) a un partido de ámbito nacional y el valor 0 en caso contrario. Asignamos un signo negativo a esta variable.

PREGIONAL: variable que toma el valor 1 si el entrevistado votó en las últimas elecciones generales antes de la encuesta a un partido nacionalista o regionalista y el valor 0 en caso contrario. Asignamos un signo positivo a esta variable[3].

---

[3] El análisis estadístico de los datos muestra que la correlación entre *PESTATAL* y *PREGIONAL* toma un valor de –0,3875. Hay que señalar que la pregunta dirigida a conocer el voto en las últimas elecciones generales permite no solo elegir entre los diferentes partidos nacionales o nacionalistas/regionalistas, sino también otras opciones como la abstención, el voto en blanco, la minoría de edad del encuestado, etc.

ESC: variable que recoge la situación en la que se colocaría el encuestado dentro de la tradicional escala política de izquierda-derecha. El valor a consignar va del 1 (izquierda) al 10 (derecha). Asignamos a esta variable un signo negativo, reflejo de una mayor preferencia por un Estado centralista por parte del partido de derechas mayoritario en España.

COMP: variable que recoge si el encuestado es residente en las comunidades autónomas de Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco o Valencia (valor 1), o en alguna del resto (valor 0). Se recoge con esta variable la residencia en comunidades autónomas que alcanzaron un elevado contenido competencial con mayor antelación que las restantes. Pensamos que en estas comunidades hay una mayor demanda de descentralización que en el resto, por lo que esperamos un signo positivo.

SITPOL y *SITECON*: estas variables recogen las respuestas acerca de la opinión que, respectivamente, les merece a los ciudadanos la situación política y económica del país. El valor de 1 se corresponde con una opinión «muy buena» y el de 5 con una opinión «muy mala». Creemos que quienes piensen que la situación económica o política del país no es buena tampoco valorarán positivamente el actual modelo de organización territorial del Estado y preferirán un Estado más centralizado. Atribuimos, por tanto, un signo negativo a estas variables.

MUJER: variable que toma el valor 1 en el caso de que el encuestado sea mujer y 0 en caso contrario. El signo de esta variable es indeterminado.

EDAD: variable que refleja la edad declarada por el encuestado. Para poder captar posibles efectos no lineales sobre la endógena, introducimos, como tradicionalmente se hace, esta variable acompañada de su valor al cuadrado. Como quiera que se espera que el efecto siga el perfil de una U invertida, asignamos a esta variable un signo positivo pero a su cuadrado un signo negativo, lo que nos indicaría que la descentralización encuentra un apoyo mayor entre los individuos relativamente más jóvenes, ya que cuanto más avanzada sea la edad menos se ha vivido en el actual modelo autonómico y, seguramente, más difícil resulte encajar en él y aceptarlo.

TRABAJ: variable que toma el valor 1 en el caso de que el individuo en el momento de realizarse la encuesta se encontrara trabajando de forma remunerada y 0 en caso contrario. El signo de esta variable es indeterminado.

SPUBLICO: variable que toma el valor 1 en el caso de que el individuo trabaje para el sector público y 0 en caso contrario. El signo de esta variable es positivo, ya que el Estado Autonómico multiplica las posibilidades de encontrar un trabajo en el sector público.

El cuadro nº 1 muestra una selección de estadísticos descriptivos de las variables utilizadas en el modelo.

Cuadro nº 1. **ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS BÁSICOS DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN EL MODELO**

VARIABLE	ORG	SITPOL	SITECON	CERC	GASTO	EDUC	INFR	SANID	SENT	ESC	COMP	PESTATAL	PREGIONAL	MUJER	EDAD	TRABAJ	SPUBLICO
Media	2,37	3,09	3,01	2,34	2,75	3,00	2,80	2,91	2,97	4,60	0,48	0,69	0,06	0,53	43,18	0,58	0,23
Mediana	2	3	3	2	2	3	3	3	3	5	0	1	0	1	41	1	0
Valor máximo	4	5	5	5	5	5	5	5	5	10	1	1	1	1	97	1	1
Valor mínimo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	18	0	0
Desviación típica	0,74	0,87	0,84	1,00	1,15	0,91	0,96	0,96	0,90	1,78	0,50	0,46	0,24	0,50	16,29	0,49	0,42
Coeficiente de asimetría	0,36	0,38	0,47	0,87	0,20	0,38	0,61	0,49	-0,24	0,50	0,09	-0,84	3,62	-0,14	0,51	-0,34	1,28
Coeficiente de curtosis	2,91	2,81	2,92	3,08	1,93	2,58	2,73	2,55	3,74	3,54	1,01	1,70	14,08	1,02	2,40	1,12	2,63

Fuente: Elaboración propia.

Hemos abordado la posibilidad de que se den problemas de endogeneidad a la hora de incluir en la especificación las variables *CERC* y *GASTO*. Por ejemplo, podría plantearse la posibilidad de que en la determinación de cada una de ellas se diera un problema de simultaneidad con la endógena seleccionada, *ORG*. Con este objetivo, planteamos la selección de variables instrumentales adecuadas que nos posibiliten aplicar un contraste de Hausman.

En concreto, para la variable *CERC*, teniendo en cuenta la lista de respuestas restantes del cuestionario del CIS, hemos seleccionado la variable *BIENESTAR*, que es una variable cualitativa que toma un valor entre 1 –si los encuestados creen que las decisiones de su gobierno autonómico afectan mucho a su bienestar y al de su familia– y 4 –si responden que no afectan en nada. Para la variable *GASTO*, hemos elegido la variable *DESEMPEÑO*, que es otra variable cualitativa que toma un valor entre 1 –si el encuestado califica como muy buena la labor desempeñada por su gobierno autonómico– y 5 –si la califica como muy mala.

El test de Hausman exige, en primer lugar, estimar cada una de las variables potencialmente endógenas en función del resto de exógenas y el instrumento elegido[4] y calcular unas nuevas variables, *RESIDCERC* y *RESIDGASTO* que sean, respectivamente, para *CERC* y *GASTO,* la diferencia entre sus valores observados y los predichos por las estimaciones anteriores. En segundo lugar, a la especificación original planteada en la ecuación nº 3 se le deben añadir sucesivamente las dos nuevas variables, *RESIDCERC* y *RESIDGASTO* y, una vez realizada la estimación, se ha de observar, en cada ocasión, la significatividad de sus coeficientes. En nuestro caso, los coeficientes no son en ningún caso significativamente distintos de cero, por lo que se pueden descartar los problemas de endogeneidad que inicialmente nos planteábamos.

La inspección de la matriz de correlaciones de las variables explicativas también permite rechazar la existencia de problemas de multicolinealidad.

En el cuadro nº 2 se recogen los resultados de la estimación de la ecuación 3. Dicha tabla recoge el valor de los coeficientes asociados a las variables explicativas y la significatividad de los mismos. No obstante, hay que recordar que, en un modelo ordenado, los distintos coeficientes no cuantifican directamente el incremento en la probabilidad asociado a incrementos marginales de las variables explicativas. El signo del coeficiente solo determina el signo del efecto parcial para P ($ORG = 1 \mid X,Z$) y P ($ORG = 4 \mid X,Z$), es decir, para las probabilidades de las respuestas extremas, pero no para el resto. Por lo tanto, si la estimación de un coeficiente es positiva querrá decir que un incremento en la variable correspondiente necesariamente reducirá la probabilidad de estar en la categoría inferior ($ORG = 1$) y au-

[4] En esta primera regresión, el coeficiente de la variable instrumental debe ser estadísticamente significativo, como cuestión previa para dilucidar si el instrumento elegido es válido. En las regresiones efectuadas, *BIENESTAR* y *DESEMPEÑO* cumplen con este requisito.

Cuadro nº 2. **RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DEL MODELO PROBIT ORDENADO** [a]

	Valor del coeficiente	$\partial P(ORG=1)/\partial X_k$	$\partial P(ORG=2)/\partial X_k$	$\partial P(ORG=3)/\partial X_k$	$\partial P(ORG=4)/\partial X_k$
SITPOL	0,02				
SITECON	-0,07***	0,0071	0,0197	-0,0216	-0,0053
CERC	-0,17***	0,0174	0,0484	-0,0530	-0,0129
GASTO	0,10***	-0,0100	-0,0278	0,0304	0,0074
EDUC	-0,01				
INFR	0,03				
SANID	0,02				
SENT	0,38***	-0,0381	-0,1057	0,1156	0,0281
ESC	-0,14***	0,0145	0,0402	-0,0440	-0,0107
COMP	0,25***	-0,0250	-0,0697	0,0759	0,0189
PESTATAL	-0,06				
PREGIONAL	0,85***	-0,0467	-0,2824	0,2090	0,1201
MUJER	-0,03				
EDAD	0,012**	-0,00124	-0,0034	0,0038	0,0009
$EDAD^2$	-0,00018***	0,000018	0,000050	-0,000055	-0,000013
TRABAJ	0,006				
SPUBLICO	-0,008				
Valores de los umbrales $c_1 = -1,10$*** / $c_2 = 0,89$*** / $c_3 = 2,40$***		Logaritmo de la función de verosimilitud -4.440,3063		R^2 de McFadden	0,1536

[a] En la tabla se muestran en las sucesivas columnas el valor del coeficiente estimado y los efectos parciales de la exógena sobre las probabilidades de respuesta de cada categoría de la endógena, evaluados para valores medios de las explicativas. Las estimaciones corresponden a un modelo ordenado Probit, aunque se ha probado con especificaciones que utilizaban funciones de densidad distintas a la normal (logística y Gompit). Se ha optado por el modelo Probit atendiendo al criterio convencional de comparación entre los valores estimados de la función de verosimiltud.

*** Coeficiente significativo al 1 por ciento, ** coeficiente significativo al 5 por ciento, * coeficiente significativo al 10 por ciento.
Fuente: Elaboración propia.

mentará la de estar en la superior (*ORG* = 4). El signo del efecto marginal para las respuestas no extremas no se puede determinar a priori.

Si atendemos a los valores de los efectos marginales mostrados en la tabla (evaluados para valores medios de las variables explicativas), podemos comprobar que dos de las tres variables representativas de la valoración por los ciudadanos de la gestión autonómica influyen como esperábamos sobre las preferencias de los mismos en cuanto a la forma de organización territorial del país. Así, si el individuo se muestra muy en desacuerdo con la opinión de que las comunidades autónomas han contribuido a aumentar el gasto público sin mejorar los servicios públicos, aumenta la probabilidad de una mayor demanda de descentralización. Y esa probabilidad disminuye si el individuo cree que el desarrollo del Estado de las autonomías no ha contribuido a acercar la gestión de los asuntos públicos a los ciudadanos. La valoración por los encuestados de la política autonómica en materia de educación, sanidad e infraestructuras no afecta significativamente a sus preferencias por la mayor o menor autonomía. Como se discute más abajo, estos últimos resultados se modifican parcialmente si se toma en consideración la estructura jerárquica de los datos.

En cuanto a las variables de control, la probabilidad de una mayor demanda de descentralización aumenta si el individuo tiene un sentido de pertenencia único por su región de residencia, si reside en una comunidad que desarrolló su ámbito competencial propio de forma más rápida o si votó en las últimas elecciones generales a un partido nacionalista o regionalista.

Por el contrario, la probabilidad disminuye si se opina que la situación económica nacional actual es muy mala o si el ciudadano se sitúa más a la derecha en la escala política. En cuanto a la edad, al resultar significativa tanto la variable *EDAD* como su cuadrado, se puede calcular en aproximadamente 34 años la edad a partir de la cual se produce el efecto negativo de esta variable sobre la demanda de una mayor descentralización.

2.2. Estimación del modelo considerando la estructura jerarquizada de los datos: análisis multinivel

En muchas ocasiones, en la investigación aplicada es conveniente considerar si los datos con los que trabajamos presentan una estructura jerárquica o multinivel. Así, los individuos estudiados (unidades muestrales de nivel 1) pueden pertenecer a grupos o unidades mayores (unidades muestrales de nivel 2, o superiores). En el caso que nos ocupa, este segundo nivel podría venir determinado por la comunidad autónoma de residencia, pudiendo, a priori, presumir una mayor homogeneidad en las preferencias o en el comportamiento de los individuos que compartan región al ser sus contextos vitales más parecidos.

La utilización de los modelos tradicionales de regresión (que consideran un único nivel) puede ocasionar un problema al exigirse para su correcta estimación una hipótesis de independencia entre observaciones o inexistencia de correlación. Por el contrario, la inclusión de una estructura multinivel en la especificación del modelo permite solventar esta limitación y conducir a estimaciones eficientes de los errores estándar.

Adicionalmente, la especificación y posterior estimación de los modelos multinivel permite cuantificar, en el caso de que resulten significativos, posibles efectos grupales, en nuestro caso, regionales. Es decir, estamos interesados en identificar diferencias en las preferencias no controladas previamente por el resto de variables explicativas, determinando qué parte de esta variabilidad no explicada es imputable al individuo y qué porcentaje es imputable al grupo de referencia.

La forma de introducir la citada estructura en nuestro ejercicio, partiendo de la expresión (3), es la siguiente:

$$ORG_{ij} = X_{ij}\beta + Z_{ij}\gamma + u_{ij} + \eta_j \qquad (4)$$

donde ahora el subíndice *i* denota al individuo y el *j* a la comunidad de residencia del mismo, y donde introducimos más de un término de error: uno para el denominado nivel 1 o individual (u_{ij} , con media 0 y varianza σ_u^2), y otro para el nivel 2 o regional (η_j , con media 0 y varianza σ_η^2).

Dicho de otro modo, u_{ij} va a medir la desviación de la preferencia organizativa individual con respecto a la preferencia media de su comunidad autónoma de residencia, mientras que η_j nos va a proporcionar la desviación de la media de la comunidad de residencia *j* respecto a la media nacional, es decir, lo que estamos identificando como el efecto regional.

No obstante, y antes de avanzar en la presentación de resultados, es conveniente de forma previa e inmediata dar respuesta a una pregunta clave: ¿tiene sentido la introducción de esta especificación jerárquica en el contexto concreto que se analiza?[5]

---

[5] Una cuestión asociada, y que ha de dilucidarse previamente a la realización del análisis multinivel, es si el número de grupos del nivel 2 con el que se cuenta es lo suficientemente grande como para que las estimaciones logradas tengan las propiedades generalmente demandadas desde el punto de vista econométrico, teniendo en cuenta que las estimaciones se basan en métodos de máxima verosimilitud. Según Heck y Thomas (2000), el requisito anterior se lograría con un número de al menos 20 grupos distintos dentro del nivel 2, y con un número mínimo de 30 observaciones dentro de cada uno de ellos. En nuestro caso, el número de grupos es de 19, y el número menor de observaciones dentro de ellos es de 102 (ciudad autónoma de Melilla), por lo que creemos que se consigue de forma razonable el cumplimiento de estos requisitos estadísticos.

Para ello, basta con especificar y estimar el denominado en la literatura como «modelo vacío», es decir, la expresión (4) pero sin variables explicativas, y determinar de esta forma el valor de σ_η^2 . En concreto, este valor nos permite a su vez hallar ρ, o correlación intragrupo, que nos va a indicar el porcentaje de la variabilidad no explicada de la endógena que es imputable a la heterogeneidad existente entre comunidades autónomas.

En el caso concreto de estimar un probit ordenado, según Rabe-Hesketh y Skrondal (2008), esta correlación es igual a $\rho = \sigma_\eta^2 \Big/ 1 + \sigma_\eta^2$. Lógicamente, si $\rho \cong 0$, el ejercicio planteado pierde justificación.

Para nuestros datos, la estimación efectuada de la citada σ_u^2 se iguala aproximadamente a 0,20[6], en consecuencia, ρ es igual a 0,17, por lo que cabe cuantificar efectos regionales diferenciados que enriquezcan los resultados conseguidos anteriormente.

Una vez que hemos justificado la utilidad de la consideración de la estructura jerárquica de nuestros datos, estimamos de forma definitiva la ecuación (4). Los resultados de este ejercicio se muestran en el cuadro nº 3, en la columna correspondiente al Modelo 1.

Independientemente de la mayor o menor variación en la magnitud de los coeficientes estimados que, como hemos ya insistido, no tienen en un modelo ordenado una interpretación directa en términos de la cuantía de los efectos marginales, si se comparan los resultados con los mostrados en el cuadro nº 2, vemos cómo resultan significativas dos nuevas variables de interés, *INFR* y *SANID*, si bien con el signo contrario al esperado. Aparentemente, pues, la valoración negativa de las políticas autonómicas propias en materia de infraestructuras y de sanidad refuerza la probabilidad de manifestar una preferencia por una mayor descentralización. La explicación a esta relación inesperada puede residir en el hecho de que la mayor parte de los ciudadanos cree que el nivel central es el principal responsable de la prestación de estos servicios[7]. En este contexto, los ciudadanos pueden estar vinculando los

---

[6] La aplicación del test de Wald nos proporciona un estadístico $\left(\frac{\widehat{\sigma}_\eta^2}{\widehat{S}_{\sigma_\eta^2}}\right)^2 = \left(\frac{0{,}195617}{0{,}065222}\right)^2 = 9$, siendo $\widehat{S}_{\sigma_\eta^2}$ la desviación estándar de σ_η^2 , por lo que al ser superior al valor de referencia, $\chi_1^2 = 3{,}84$, podemos inferir la significatividad de la varianza obtenida. En el caso de que compararamos los valores de máxima verosimilitud de las estimaciones del modelo vacío, considerando alternativamente uno o dos niveles en la especificación, el resultado nos llevaría a la misma conclusión anterior.

[7] Véase Área de Sociología Tributaria (2006, 2007, 2008).

Cuadro nº 3. **RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DEL MODELO PROBIT ORDENADO CON UNA ESTRUCTURA MULTINIVEL**

	Modelo 1: constante η_j aleatoria,	Modelo 2: η_j constante, y coeficiente aleatorio, υ_j (CERC)	Modelo 3: η_j constante, y coeficiente aleatorio, υ_j (SANID)
SITPOL	0,01	0,01	0,01
SITECON	-0,07**	-0,06***	-0,07***
CERC	-0,19***	-0,18***	-0,19***
GASTO	0,11***	0,10***	0,11***
EDUC	0,002	0,004	0,002
INFR	0,05**	0,05**	0,05**
SANID	0,05**	0,05***	0,05
SENT	0,37***	0,37***	0,36***
ESC	-0,13***	-0,14***	-0,13***
COMP	0,34**	0,31***	0,26***
PESTATAL	-0,02	-0,02	-0,02
PREGIONAL	0,60***	0,61***	0,59***
MUJER	0,003	0,002	0,004
EDAD	0,01**	0,01**	0,01**
EDAD^2	-0,0002***	-0,0002***	-0,0002***
TRABAJ	-0,06	-0,06	-0,06
SPUBLICO	0,04	0,05	0,04
Valores de los umbrales	$c_1 = -1,01$*** $c_2 = 1,03$** $c_3 = 2,64$***	$c_1 = -1,05$*** $c_2 = 0,99$*** $c_3 = 2,61$***	$c_1 = -1,06$*** $c_2 = 0,99$*** $c_3 = 2,60$***
Varianzas y covarianzas del efecto aleatorio y correlación entre ellos	$\widehat{\sigma}_\eta^2 = 0,1630$ $\widehat{S}_{\sigma_\eta^2} = 0,0282$	$\widehat{\sigma}_\eta^2 = 0,1364$ $\widehat{S}_{\sigma_\eta^2} = 0,0553$ $\widehat{\sigma}_\eta^2 = 0,0651$ $\widehat{S}_{\sigma_\eta^2} = 0,0164$ $corr(\eta_j, \upsilon_j) = 0,01$	$\widehat{\sigma}_\eta^2 = 0,1887$ $\widehat{S}_{\sigma_\eta^2} = 0,0755$ $\widehat{\sigma}_\eta^2 = 0,0571$ $\widehat{S}_{\sigma_\eta^2} = 0,0156$ $corr(\eta_j, \upsilon_j) = -0,16$
Logaritmo de la función de verosimilitud	-4.312,008	-4.321,644	-4.326,4436

*** Coeficiente significativo al 1 por ciento.
** Coeficiente significativo al 5 por ciento.
* Coeficiente significativo al 10 por ciento.

Fuente: Elaboración propia.

problemas percibidos en la provisión pública de la sanidad y las infraestructuras con una descentralización juzgada todavía como insuficiente, demandando, en consecuencia, más autonomía[8].

La capacidad explicativa de este modelo es considerablemente mayor que el mostrado en el cuadro nº 2, teniendo en cuenta los valores respectivos de la función de verosimilitud. Adicionalmente, la significatividad de $\hat{\sigma}_{\eta}^{2}$ queda aceptada planteando un test convencional de razón de verosimilitud ($LR = 256{,}60 > \chi_{1}^{2} = 3{,}84$).

El Modelo 1, denominado en la literatura como de constante aleatoria, se puede replantear introduciendo adicionalmente un efecto aleatorio en alguno de los coeficientes de las variables explicativas, permitiendo de esta forma que las variables elegidas puedan tener un efecto distinto sobre la variable latente en función de la comunidad autónoma de residencia.

Esto exige que, en el caso, por ejemplo, de plantear adicionalmente que el coeficiente β_k pueda variar de forma aleatoria entre comunidades autónomas: $\beta_k = \beta_0 + \upsilon_j$. Es decir, el citado coeficiente incorpora un componente fijo (común a todas las comunidades) y otro variable (particular de la comunidad *j*), lo que, a su vez, provoca que la parte aleatoria de los nuevos modelos quede integrada por $u_{ij} + \eta_j + \upsilon_j X_{kij}$.

La estimación de estos nuevos modelos de constante y coeficiente aleatorios se ha llevado a cabo para las variables *CERC* (Modelo 2) y *SANID* (Modelo 3). Nuestra intención con estas estimaciones es la de intentar captar si la heterogeneidad no observable a nivel regional pueda venir explicada en parte por la percepción particular en una comunidad autónoma sobre el acercamiento de la gestión pública a los ciudadanos (Modelo 2) o sobre la política regional sanitaria (Modelo 3), ya que no cabe duda de que esta es una de las competencias más relevantes asignadas a los gobiernos regionales.

Como se puede comprobar en el cuadro nº 3, las sucesivas estimaciones no producen sino levísimas variaciones sobre la cuantía de las distintos parámetros estimados en el Modelo 1, siendo el cambio más relevante la pérdida de significatividad de la variable *SANID* cuando se introduce un efecto aleatorio sobre la misma (Modelo 3).

---

[8] Según el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo, poco más de un 30 % de los ciudadanos cree que la gestión de la asistencia sanitaria ha mejorado con la descentralización, y un 75 % opina que es necesaria una mayor coordinación entre comunidades autónomas (véase del Llano, 2009). La demanda por los ciudadanos de una mayor descentralización y coordinación de los servicios públicos se detecta claramente en Área de Sociología Tributaria (2006, 2007, 2008).

Cuadro nº 4. **VALORES ESTIMADOS DE LOS EFECTOS REGIONALES**

	Modelo 1: constante aleatoria, η_j	Modelo 2: constante, η_j y coeficiente υ_j aleatorios (CERC)		Modelo 3: constante, η_j y coeficiente υ_j aleatorios (SANID)	
	η_j	η_j	υ_j	η_j	υ_j
Andalucía	-0,53	-0,59	0,02	-0,55	0,03
Aragón	0,08	0,13	-0,04	0,33	-0,09
Asturias	0,11	0,42	-0,16	0,29	-0,08
Baleares	0,27	0,20	0,004	-0,15	0,16
Canarias	-0,33	-0,32	-0,02	-0,29	0,008
Cantabria	-0,08	-0,15	0,01	-0,007	-0,04
Castilla La Mancha	0,08	0,04	-0,005	-0,24	0,12
Castilla y León	-0,13	0,20	-0,17	-0,25	0,03
Cataluña	0,52	0,33	0,07	0,67	-0,03
Comunidad Valenciana	-0,17	0,23	-0,19	-0,08	-0,01
Extremadura	-0,20	-0,44	0,10	-0,09	-0,05
Galicia	-0,36	-0,44	0,02	-0,08	-0,07
Madrid	0,001	-0,06	0,002	-0,31	0,09
Murcia	0,14	0,33	-0,11	-0,11	0,07
Navarra	0,05	-0,001	0,01	-0,24	0,14
País Vasco	0,64	0,42	0,09	1,05	-0,15
Rioja	-0,07	-0,17	0,02	0,05	-0,05
Ceuta	0,09	-0,21	0,09	-0,08	0,05
Melilla	-0,29	-0,14	-0,09	-0,14	-0,05

Fuente: Elaboración propia.

En todo caso, podemos afirmar que, con la estimación tanto del Modelo 2 como del Modelo 3, no vemos mejorada la capacidad explicativa de la especificación, ya que el valor de la función de verosimilitud es, en ambos casos, menor que en el Modelo 1[9].

En el cuadro nº 4 mostramos ahora las medias de los efectos aleatorios estimados con cada uno de los modelos multinivel anteriores y para cada una de las diecisiete comunidades y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Si atendemos al modelo que, teniendo en cuenta la globalidad de los resultados, contiene una mayor capacidad explicativa (Modelo 1), podemos ver cómo los efectos regionales propios más elevados se encuentran, de un lado, en País Vasco, Cataluña y Baleares, acentuando la preferencia hacia una mayor descentralización entre sus residentes, y, de otro lado, en Andalucía, Galicia y Canarias, acentuando la preferencia hacia una menor descentralización. En ocho comunidades autónomas y una ciudad autónoma el efecto regional favorece un modelo de organización territorial más centralizado.

3. CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo se ha contrastado la hipótesis de que la preferencia de los ciudadanos por la fórmula autonómica de organización del Estado está directamente condicionada por el reconocimiento por los mismos de la existencia de ganancias de eficiencia derivadas de la descentralización. Con esa finalidad, se ha estimado un modelo Probit ordenado, para la base de datos constituida por el Barómetro número 2.610 del Centro de Investigaciones Sociológicas, de diciembre de 2005. El ejercicio se ha realizado, primero, sin considerar la estructura jerarquizada de los datos, y luego se ha complementado con un análisis multinivel.

Centrándonos en el modelo multinivel, las estimaciones realizadas apoyan la hipótesis planteada. Si los individuos opinan que el Estado autonómico ha contribuido a acercar la gestión de los asuntos públicos a los ciudadanos y que no ha aumentado el gasto público, también son más partidarios de la fórmula descentralizadora. Con respecto a la valoración por los ciudadanos de la política desarrollada por las comunidades autónomas en materia de sanidad e infraestructuras (puesto que la educación no resulta, en ningún caso, significativa), nuestra interpretación de los resultados obtenidos es que los encuestados pueden estar vinculando la actuación deficiente en estos ámbitos con una descentralización insuficiente de los servicios afectados. En cualquier caso, no debe olvidarse que, como advertíamos en la introducción

---

[9] Adicionalmente, la ausencia de correlación entre los efectos aleatorios vía constante y vía coeficiente mostrada en la penúltima fila de la tabla es un claro indicador de que el efecto regional propio captado en los Modelos 2 y 3 no guarda relación con la variación regional del efecto asociado a las variables *CERC* y *SANID*: el valor de $corr(\eta_j, \upsilon_j)$ es igual a 0,01 en el caso del Modelo 2, e igual a –0,16 para el Modelo 3. Por otra parte, sí que podemos observar una notable correlación entre las constantes aleatorias (medias regionales) estimadas en cada uno de los tres modelos: corr(Mod1-Mod2)= 0,78, corr(Mod1-Mod3)=0,77 y corr(Mod2-Mod3)=0,60.

a este trabajo, los ciudadanos tienen muchas dificultades para identificar correctamente a las administraciones responsables de la prestación de los diversos bienes y servicios públicos que reciben, y que esta deficiencia puede condicionar decisivamente su valoración de la actuación de cada gobierno.

Recientemente se ha publicado un nuevo Barómetro del CIS, reflejando las opiniones de los ciudadanos sobre el Estado autonómico (Barómetro número 2.829, de enero-marzo de 2010). Aunque la nueva encuesta no incorpora algunas de las variables que hemos empleado en esta investigación, la información que suministra puede utilizarse para tratar de contrastar si se mantienen las conclusiones obtenidas en este trabajo y examinar cuál ha sido el impacto de la crisis iniciada en 2008 en la valoración por los ciudadanos del Estado descentralizado. El barómetro de 2010 también permite introducir en el análisis la identificación –correcta o incorrecta– por parte de los ciudadanos de la administración responsable de la prestación de los servicios públicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, A., M. D. DELIS y P. KAMMAS (2008): «Fiscal Decentralization and Public Sector Efficiency: Evidence from OECD Countries», *CESifo Working Paper* 2364.

AHMAD, E. y G. BROSIO, eds. (2009): *Does Decentralization Enhance Service Delivery and Poverty Reduction?*, Cheltenham, UK: Edward Elgar.

AHMAD, E., G. BROSIO y V. TANZI (2008): «Local Service Provision in Selected OECD Countries: Do Decentralized Operations Work Better?», *IMF Working Paper* 08/67.

AHMAD, J., S. DEVARAJAN, S. KHEMANI y S. SHAH (2007): «Decentralization and service delivery», en E. Ahmad y G. Brosio, eds., *Handbook of Fiscal Federalism*, Cheltenham, UK: Edward Elgar, 240-268.

ANDERSON, C. (2006): «Economic Voting and Multilevel Governance: A Comparative Individual-Level Analysis», *American Journal of Political Science*, 50 (2):449-463

ÁREA DE SOCIOLOGÍA TRIBUTARIA (2006): «Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2005», *Documentos* nº 10/06, Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.

— (2007): «Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2006», *Documentos* nº 21/07, Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.

— (2008): «Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2007», *Documentos* nº 15/08, Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.

— (2011): «Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2010», *Documentos* nº 09/11, Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.

BARANKAY, I. y B. LOCKWOOD (2007): «Decentralization and the productive efficiency of government: Evidence from Swiss cantons», *Journal of Public Economics*, 91 (5-6): 1197-1218.

CUTLER, F. (2004): «Government Responsibility and Electoral Accountability in Federations», *Publius. The Journal of Federalism*, 34(2):19-38

DEL LLANO, J. (2009): *Sanidades autonómicas ¿solución o problema?*, Madrid: Círculo de la Sanidad.

ESTEFANÍA, J., dir. (2008): *Informe sobre la Democracia en España / 2007. La estrategia de la crispación*, Madrid: Fundación Alternativas (http://www.falternativas.org/content/download/5816/166386/version/2/file/3a9c_04-03-08_completoespa.pdf).

ESTELLER, A. y A. SOLÉ (2005): «Does decentralization improve the efficiency in the allocation of public investment? Evidence from Spain», *Documents de Treball de l'IEB* 2005/5.

FAGUET, J.-P. (2004): «Does decentralization increase government responsiveness to local needs?: Evidence from Bolivia», *Journal of Public Economics*, 88 (3-4): 867-893.

HECK, R. H. y S. THOMAS (2000): *An Introduction to Multilevel Modeling Techniques*, Mahwah, NJ: Laurence Erlbaum Associates.

LEÓN-ALFONSO, S. (2010) «Who is responsible for what? Clarity of responsibilities in multilevel states: The case of Spain», *European Journal of Political Research*, 50:80-109.

LEÓN-ALFONSO, S. y M. FERRÍN (2007): «La atribución de responsabilidades sobre las políticas públicas en un sistema de gobierno multinivel», *Administración & Cidadanía, Revista da Escola Galega de Administración Pública*, 2 (1): 49-75.

LESSMANN, C. y G. MARKWARDT (2009): «Aid, Growth and Devolution», *Cesifo Working Paper* 2805.

— (2010): «Decentralization and Foreign Aid Effectiveness: Do Aid Modality and Federal Design Matter in Poverty Alleviation?», *Cesifo Working Paper* 3035.

LÓPEZ LABORDA, J. (2011), «Beneficios y costes del Estado autonómico», *Cuadernos Manuel Giménez Abad*, 1: 34-42.

LÓPEZ LABORDA, J. y F. RODRIGO (2012): «Percepciones de los ciudadanos sobre las haciendas regionales: quién es y quién debería ser responsable de los servicios e impuestos autonómicos», *XIX Encuentro de Economía Pública*, Santiago de Compostela, 26 y 27 de enero de 2012.

MAZZAFERRO, C. y A. ZANARDI (2008): «Centralisation versus Decentralisation of Public Policies: Does the Heterogeneity of Individual Preferences Matter?», *Fiscal Studies*, 29 (1): 35-73.

OATES, W. E. (1972): *Fiscal federalism*, Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich; versión española, *Federalismo fiscal*, Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1977.

PORCELLI, F. (2009): «Effects of fiscal decentralisation and electoral accountability on government efficiency. Evidence from the Italian health care sector », *Documents de Treball de l'IEB* 2009/29.

RABE-HESKETH, S. y A. SKRONDAL (2008): *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata,* segunda edición, College Station, Texas: Stata Press books.

RUDOLPH, T. J. (2003a): «Institutional Context and the Assignment of Political Responsibility», *Journal of Politics*, 65: 190-215.

— (2003b): «Who's Responsible for the Economy? The Formation and Consequences of Responsibility Attributions», *American Journal of Political Science*, 47 (4): 698-713.

SALINAS, P. y A. SOLÉ (2009): «Evaluating the effects of decentralization on educational outcomes in Spain», *Documents de Treball de l'IEB* 2009/10.

El efecto de las desigualdades socioeconómicas en el sistema educativo español

Este artículo se plantea como objetivo determinar cómo inciden las desigualdades socioeconómicas en las trayectorias y resultados educativos en España. Seleccionamos, en concreto, el riesgo de fracaso escolar y el abandono prematuro, que definen las posibilidades educativas y formativas de los individuos, y analizamos el efecto del origen socioeconómico sobre ambos. Para ello, estimamos sendos modelos de regresión logística en los que se pone de manifiesto la diversidad de vías por las que actúan las desigualdades en el origen. En el caso del riesgo de fracaso escolar se consideran en el modelo, además de las características personales y familiares del individuo, una serie de variables que actúan en el nivel del centro educativo. Con objeto de proporcionar una perspectiva histórica de las desigualdades en los resultados educativos, el artículo incluye un análisis de la transmisión intergeneracional de cualificaciones educativas, aplicada a siete cohortes de personas nacidas entre 1940 y 1975.

Artikulu honekin lortu nahi dena da desberdintasun sozioekonomikoek Espainiako heziketa-ibilbideetan eta –emaitzetan duten eragina zehaztea. Zehazki, eskola-porrotaren arriskua eta ikasketak behar baino lehenago uztea aukeratu ditugu, pertsonen heziketa eta prestakuntzarako aukerak definitzen baitituzte, eta jatorri sozioekonomikoak horiengan duen eragina aztertu dugu. Asmo horrekin, erregresio logistikoko eredu bana aztertu dugu, eta bertan desberdintasunek jatorrian eragiteko dituzten bide anitzak azaltzen dira. Eskola-porrotaren arriskuren kasuan, ezaugarri pertsonalez eta familiaren ezaugarriez gain, ikastetxearen mailan eragina duten hainbat aldagai hartu dira kontuan. Heziketa-emaitzetako desberdintasunen inguruko ikuspegi historikoa emateko asmoz, heziketa-prestakuntzaren belaunaldien arteko eskualdaketa aztertzen du artikuluak. Horretarako 1940 eta 1975. urteen bitartean jaiotako zazpi pertsona-multzo aztertu dira.

The aim of this article is determining how socio-economic inequalities affect educational trajectories and results in Spain. More specifically, we select two aspects: the risk of school failure and early school leaving. We analyze the effect of socio-economic background on both, taking into account they define, to a large extent, the possibilities of individuals in the area of education and training. In order to do so, two logistic regression models are estimated. In them, the diversity of means through which background inequalities work is highlighted. In the model applied to the risk of school failure, a series of school-level variables, additionally to the personal and family characteristic variables, are included. Aiming at providing a historical perspective to the effect of socio-economic inequalities on the educational results, the article also includes an analysis of the intergenerational transmission of educational qualifications. This analysis is applied to seven age groups of persons who were born between 1940 and 1975.

Jorge Calero
Álvaro Choi
Universidad de Barcelona e Institut d'Economia de Barcelona

Índice

1. Introducción: desigualdades educativas y desigualdades sociales
2. El riesgo de fracaso escolar estimado a partir de PISA-2009
3. El abandono prematuro y sus determinantes
4. Transmisión intergeneracional de las cualificaciones educativas
5. Conclusiones

Referencias bibliográficas

Palabras clave: fracaso escolar, abandono prematuro, PISA, movilidad educativa.
Keywords: school failure, early school leaving, PISA, educational mobility.

Nº de clasificación JEL: H.52, I.21, D63.

1. INTRODUCCIÓN: DESIGUALDADES EDUCATIVAS Y DESIGUALDADES SOCIALES

En los últimos veinte años, los sistemas educativos han estado en el centro de las políticas públicas. Esta nueva posición ha venido explicada por la supuesta capacidad de la educación para generar mejoras simultáneas en los ámbitos de la productividad y de la equidad. En concreto, en este segundo ámbito, el discurso dominante ha enfatizado las potencialidades de la educación para incrementar la igualdad de oportunidades y la movilidad intergeneracional. De hecho, esta combinación de posibles efectos beneficiosos ha sido valorada a menudo de una forma ingenua, llevando a afirmaciones como la ya bien conocida de Tony Blair, en las elecciones generales británicas de 1997, acerca de que sus tres prioridades en el terreno de las políticas sociales eran «educación, educación y educación».

Esta visión ingenua tiende a subvalorar cuatro elementos. En primer lugar, la enorme capacidad del sistema educativo como mecanismo de reproducción de la estructura social. De hecho, es ésta una de sus funciones tradicionales principales y la utilización de la educación para alterar esta reproducción sólo se ha producido recientemente y necesita intervenciones bien orientadas y sostenidas en el tiempo.

En segundo lugar, y considerablemente relacionado con el punto anterior, la educación sigue siendo un instrumento crucial en el mantenimiento de las posiciones sociales de algunas capas de la población. Las estrategias que utilizan estos grupos para buscar ventajas en el sistema educativo, para «apropiarse» de los recursos que la sociedad destina a la educación superan, frecuentemente, la capacidad del sector público para diseñar e implementar sistemas educativos más equitativos. Tenemos un ejemplo notable de ello en la financiación pública, mediante conciertos, de centros de titularidad privada: los grupos con más recursos económicos y culturales son los que se concentran en los «mejores» centros concertados, a los que difícilmente acceden los estudiantes de origen inmigrante y las familias con menos recursos (Mancebón y Pérez, 2007 y Síndic de Greuges, 2008).

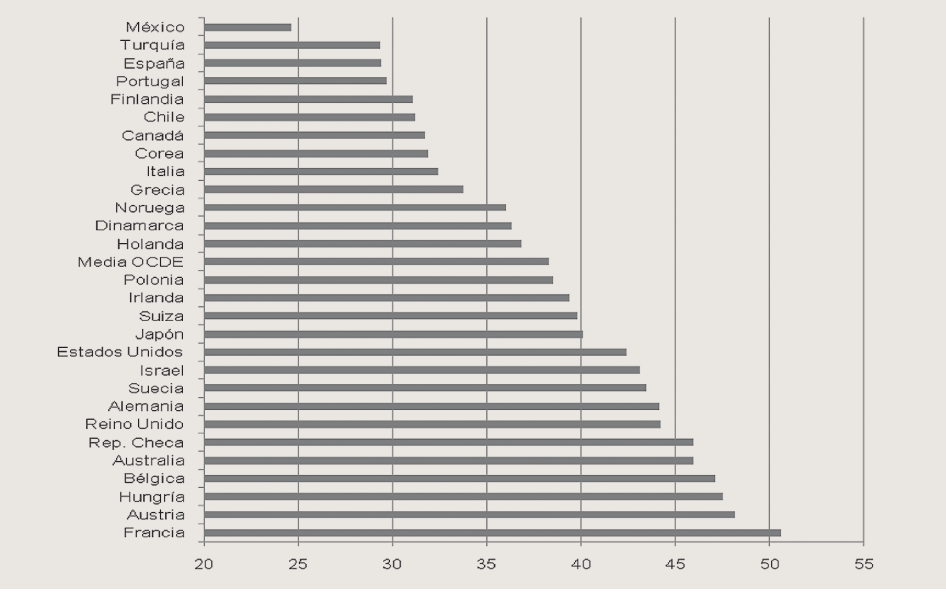
En tercer lugar, la experiencia de los programas de gasto educativo en los países avanzados indican (Carabaña, 2007) que nos situamos en una zona de rendimientos decrecientes de sus efectos y, específicamente, de los vinculados con la equidad. Las reformas más recientes (en España, éstas alcanzan hasta el inicio de la crisis económica y fiscal de 2008) han implicado incrementos del gasto público educativo que han supuesto mejoras sólo marginales, por ejemplo, en el acceso, la continuidad o los resultados de los grupos sociales con menos recursos.

En cuarto lugar, el efecto real del sistema educativo en el terreno de la equidad está limitado por las desigualdades que se reproducen en el mercado de trabajo. Pensemos, por ejemplo, en cómo una estructura salarial poco igualitaria hace que la potencial igualación de las posiciones que genera el sistema educativo se circunscriba precisamente al sistema educativo, manteniéndose amplias desigualdades en el mercado de trabajo.

El sistema educativo, por tanto, tiene numerosas dificultades, internas y externas, para superar las desigualdades socioeconómicas y culturales que caracterizan a la sociedad en la que se desarrolla. Los diferentes sistemas educativos reaccionan de forma diversa ante tales desigualdades, en algunos casos amplificándolas y en otros conteniéndolas o reduciéndolas. En el caso español es preciso afirmar, antes de la presentación de cualquier análisis, que la democratización en el acceso a la educación que se ha venido produciendo durante las últimas cuatro décadas ha permitido situar a España entre los países de la OCDE donde el sistema educativo es menos sensible ante las desigualdades en el origen de los alumnos. Un método «compacto» de medir esa sensibilidad nos lo proporcionan los gradientes que relacionan, por una parte, los recursos socioeconómicos y culturales de las familias y, por otra, las puntuaciones de una evaluación externa. En OECD (2010b, cap. 3) puede encontrarse esta relación aplicada a los resultados de la evaluación de lectura de PISA-2009; las pendientes de la línea de regresión para los países de la OCDE aparecen en el gráfico nº 1. Puede observarse cómo España está en el grupo de países donde la sensibilidad del sistema educativo ante las desigualdades socioeconómicas y culturales previas es menor: por cada punto de incremento en el índice de estatus social,

económico y cultural (ESCS) en el conjunto de la OCDE las puntuaciones de PISA suben 38 puntos, mientras que en el caso español, ante el mismo incremento del índice ESCS las puntuaciones únicamente suben 29 puntos.

Gráfico nº 1. **EFECTOS DE LA CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA: PUNTOS DE VARIACIÓN EN LA COMPETENCIA DE LECTURA POR CADA PUNTO QUE VARÍA EL ESCS. PISA-2009**



Fuente: Elaborado a partir de datos de OECD (2010b).

Esta situación relativamente ventajosa del sistema educativo español en cuanto a su sensibilidad ante las diferencias socioeconómicas y culturales previas dista de significar que estas son irrelevantes o que no es necesario su estudio. Antes al contrario, los análisis al respecto, que han ido afinándose desde el punto de vista de método[1] en los últimos veinte años, nos indican la permanencia de efectos significativos de las diferencias socioeconómicas previas. La grave situación de crisis económica que se recrudece cuando, en junio de 2012, escribimos este artículo, está teniendo y tendrá, más que previsiblemente, efectos muy negativos sobre las desigualdades en las rentas primarias y sobre las posibilidades del sector público para conseguir su reducción mediante políticas públicas y, específicamente, mediante políticas educativas. Los riesgos de polarización social y económica que genera la crisis hacen especialmente relevantes los análisis aplicados como los que abordamos aquí.

[1] Quizás una de las mejoras de método más relevantes ha consistido en el análisis de los «peer effects» que se dan entre los alumnos de un mismo centro o aula.

Hemos seleccionado, como elementos centrales del artículo, dos aspectos cruciales en las trayectorias educativas en España. Nos referimos al fracaso escolar al finalizar la educación obligatoria y al abandono prematuro (falta de continuidad después de la educación obligatoria). Son cruciales al menos por dos motivos: en primer lugar, su nivel en España es comparativamente muy elevado; en segundo lugar, se trata de fenómenos que determinan en gran medida las trayectorias educativas y laborales de los individuos. Más allá, incluso, podríamos decir que determinan las trayectorias vitales, especialmente si tenemos en cuenta los efectos monetarios y no monetarios, acumulativos y en el largo plazo, que supone la inversión educativa en las edades a las que nos referimos.

Los apartados segundo y tercero del artículo están dedicados a analizar el efecto de las desigualdades socioeconómicas de origen sobre, respectivamente, el riesgo de fracaso escolar y el abandono prematuro. En el apartado cuarto pretendemos proporcionar un marco histórico más general al estudio de las desigualdades socioeconómicas y lo hacemos por medio de un análisis de la transmisión intergeneracional aplicado a siete cohortes de personas nacidas entre 1940 y 1975. El artículo finaliza, en el apartado quinto, con unas conclusiones.

2. EL RIESGO DE FRACASO ESCOLAR ESTIMADO A PARTIR DE PISA-2009

Las desigualdades económicas, sociales y en el acceso a la educación acaban teniendo un impacto sobre el rendimiento académico de los alumnos. Ello se plasma a su vez, consecuentemente, sobre dos de los principales problemas a los que se enfrenta el sistema educativo español: el fracaso escolar y el abandono escolar prematuro. En este segundo apartado analizaremos los factores determinantes del fracaso escolar para abordar, en el apartado tercero, los correspondientes al abandono escolar prematuro.

Existen múltiples definiciones para el concepto de fracaso escolar: en este artículo se entenderá como tal a la proporción del alumnado que no consigue concluir el nivel de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Por otra parte; se considera que un alumno abandona de forma prematura el sistema educativo, si lo abandona sin concluir el nivel de educación secundaria superior (bachillerato o grado medio de formación profesional).

El desarrollo de evaluaciones como el *Programme for International Student Assessment* (PISA) ha permitido la realización de análisis minuciosos de los factores que determinan el riesgo de que un alumno acabe en una situación de fracaso escolar[2]. Ello ha permitido la detección de factores que explican la incidencia desigual del fracaso escolar por subgrupos poblacionales.

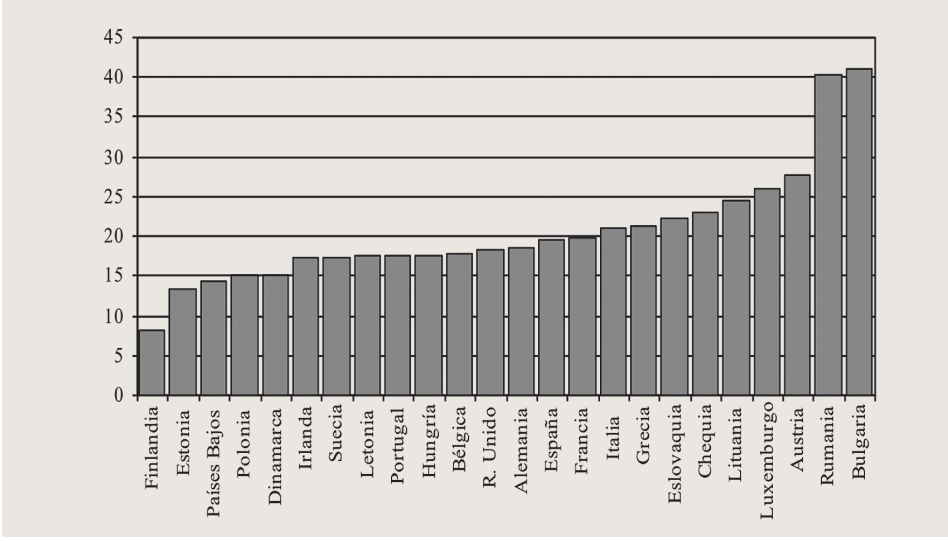
---

[2] Cordero *et al.* (en prensa) proporcionan una síntesis óptima de algunos de los principales resultados obtenidos hasta la fecha por estudios que han utilizado la información proporcionada por PISA para analizar los determinantes del rendimiento educativo.

El programa PISA evalúa de forma trienal, desde el año 2000, el rendimiento de los alumnos de 15 años en las competencias de comprensión lectora, matemáticas y ciencias, en una serie de países. En la edición de 2009 participaron 65 países, 34 de la OCDE y 31 asociados. En PISA, el rendimiento de las competencias es medido en una escala que toma valores que van de 0 a 1.000 puntos y que, inicialmente, se fijó con una media de 500 puntos y una desviación estándar de 100. Simultáneamente, las puntuaciones se distribuyen en varios niveles, siendo el nivel 1 el inferior y el 6 el superior[3]. En PISA se considera que un alumno se encuentra en una situación de riesgo de fracaso escolar si no alcanza el nivel 2. No alcanzar el nivel 2 dificulta el éxito en la trayectoria educativa del alumno (Bushnik, Telford y Bussière, 2004) y, a largo plazo, lastra su inserción laboral y social (Knighton y Bussière, 2006).

Cabe señalar, no obstante, que no existe un encaje perfecto entre las definiciones de riesgo de fracaso escolar según PISA y el fracaso escolar que podemos denominar «administrativo». Mientras que en el curso 2009-10 el fracaso escolar administrativo en España era del 25,9%, en el gráfico nº 2 se observa que el fracaso escolar PISA era del 19,6%. La utilización del «fracaso escolar PISA» sitúa a España, por tanto, en una posición menos desventajosa respecto a los países miembros de la UE, en comparación con el fracaso escolar administrativo y el abandono escolar prematuro.

Gráfico nº 2. **PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON UNA PUNTUACIÓN INFERIOR AL NIVEL 2 EN LA PRUEBA DE LECTURA DE PISA-2009. PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA (EN %)**

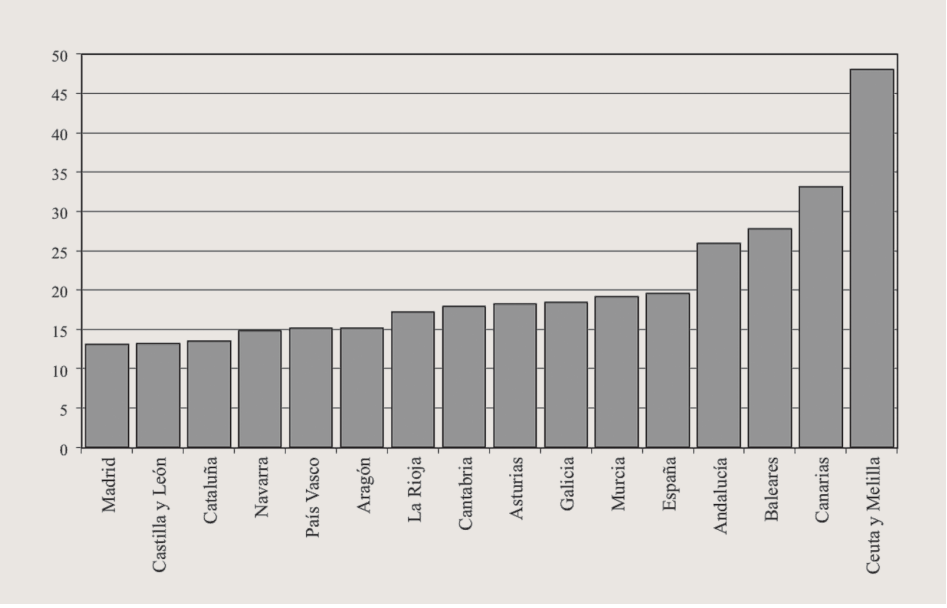


Fuente: Elaboración propia a partir de OECD (2010).

[3] PISA emplea el nivel «inferior a 1» para referirse a aquellos alumnos que ni siquiera alcanzan el nivel 1.

En España existen grandes diferencias en las tasas de riesgo de fracaso escolar PISA. De hecho, las comunidades autónomas con tasas elevadas de fracaso escolar PISA, como Baleares, Canarias o Andalucía (gráfico nº 3), también presentan tasas elevadas de abandono escolar prematuro. Estudios previos como Calero (2006) parecen indicar que las brechas observadas entre dichas tasas entre comunidades vienen explicadas por una combinación de sus respectivas características poblacionales y estructuras productivas y, en menor medida, por las características de sus sistemas educativos. Por tanto, la desigual distribución del fracaso escolar en el territorio español no hace más que reflejar la existencia de múltiples ejes de desigualdad. En las siguientes líneas nos centraremos en el estudio de algunos de los factores de desigualdad señalados por la literatura como determinantes del riesgo de fracaso escolar.

Gráfico nº 3. **ALUMNOS POR DEBAJO DEL NIVEL 2 EN PISA-2009, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS** (en **%**)



Fuente: Elaboración propia a partir de PISA-2009.
Nota: tan sólo se consideran las CCAA con muestra ampliada en PISA.

De forma previa, sin embargo, conviene realizar un breve inciso explicando, brevemente, el método utilizado para desarrollar el análisis multivariante con datos de PISA-2009, cuyos resultados son presentados en el cuadro nº 2, a continuación de los resultados bivariantes (cuadro nº 1). El método de recogida de datos de PISA es bietápico, de forma que se escoge una serie de centros y, a continua-

ción, se selecciona una muestra de alumnos dentro de ellos. Ello requiere la utilización de métodos multinivel ya que, de lo contrario, se estaría rompiendo el principio de independencia entre las observaciones[4]. A su vez, la naturaleza dicotómica de la variable independiente de interés en nuestro modelo (probabilidad de no alcanzar el nivel 2 en una competencia de PISA) nos lleva a escoger un modelo logístico multinivel. La variable dependiente toma valor 1 si el alumno se encuentra en una situación de riesgo de fracaso escolar. Se ha incorporado al análisis una batería de variables independientes correspondientes a los niveles personal, familiar y escolar (véase nota 2 en el cuadro A.1 del anexo).

Cuadro nº 1. **ALUMNOS QUE NO ALCANZAN EL NIVEL 2 EN LAS COMPETENCIAS EVALUADAS EN PISA-2009, SEGÚN GÉNERO, LUGAR DE ORIGEN, CATEGORÍA SOCIO-PROFESIONAL, NIVEL EDUCATIVO MÁXIMO DEL HOGAR Y POR TITULARIDAD DEL CENTRO; VALORES MUESTRALES** (en **%**)

		Matemáticas	Ciencias	Lectura
Género	Hombre	21,42	18,31	24,40
	Mujer	26,11	18,15	14,56
Origen	Nacional	21,00	15,69	17,09
	Inmigrante: 1ª generación	27,09	40,28	40,21
	Inmigrante: 2ª generación	32,92	21,18	25,62
Categoría socio-profesional del hogar	Cuello blanco cualificado	12,61	8,92	9,85
	Cuello blanco no cualificado	26,65	20,81	21,64
	Cuello azul cualificado	35,81	27,32	29,53
	Cuello azul no cualificado	33,80	26,22	27,43
Nivel educativo de los padres (máximo)	Sin educación secundaria superior	34,34	26,95	28,72
	Educación secundaria superior o ulterior	18,77	13,95	15,02
Titularidad del centro	Público	27,49	21,58	23,50
	Concertado	17,37	12,09	12,24
	Privado independiente	11,93	6,92	9,28

Fuente: Elaboración propia a partir de PISA-2009.

[4] Para una explicación detallada sobre modelos jerárquicos multinivel, consúltese Hox (1995) y OECD (2005).

Cuadro nº 2. **RESULTADOS DE LAS REGRESIONES LOGÍSTICAS MULTINIVEL: PROBABILIDAD DE SITUARSE EN EL NIVEL 1 O INFERIOR EN LAS PRUEBAS DE PISA-2009**

	Variable	Matemáticas	Ciencias	Lectura
	Constante	+ + + +	0	0
Género	Mujer *Referencia: hombre*	+ + + + +	+ + + +	- –
	Proporción de chicas en la escuela	-	-	-
Origen	Inmigrante: 1ª generación	+ + +	+ + + +	+ + + +
	Inmigrante: 2ª generación *Referencia: nacionales*	0	0	0
	Proporción de alumnado de origen inmigrante > 20% *Referencia: resto de centros*	0	0	0
Categoría socio-profesional	Hogar cuello blanco no cualificado	+	+ +	+
	Hogar cuello azul	+ +	+ +	++
	Referencia: hogar cuello blanco cualificado			
	Nivel socio-profesional del centro cuello blanco no cualificado	0	+ +	0
	Nivel socio-profesional del centro cuello azul	++	+++	+++
	Referencia: centro de cuello blanco cualificado			
Años de educación	De la madre del alumno	0	0	0
	Del padre del alumno	0	0	0
	Media de los padres y madres del centro	-	0	0
Titularidad del centro	Concertado	0	0	0
	Privado independiente *Referencia: público*	0	0	0

Clave	Riesgo de fracaso escolar PISA	Clave	Riesgo de fracaso escolar PISA
- –	Reducción entre un 25% y un 50%	+ +	Aumenta de un 25% a un 50%
-	Reducción hasta un 25%	+ + +	Aumenta de un 50% a un 75%
0	Relación estadísticamente no significativa (al 90%)	+ + + +	Aumenta de un 75% a un 100%
+	Aumenta hasta un 25%	+ + + + +	Aumenta más de un 100%

Fuente: Elaboración propia a partir de PISA-2009.

Nota: coeficientes y odds ratio disponibles en el cuadro anexo A1.

A su vez, tal y como sucede en los modelos logísticos lineales, conviene recordar que los coeficientes obtenidos tan sólo indican el signo de la relación entre dos variables (positiva, si el coeficiente asociado a la variable es mayor que 0, y negativa, si el coeficiente es menor que 0). A efectos de proporcionar una estimación de la dimensión de los efectos, también se calculan (cuadros nº 2 y A.1) las razones de probabilidad u *odds ratio*. La *odds ratio* es la división entre la probabilidad de que ocurra un suceso (en este caso, que el individuo se sitúe en el nivel 1 o inferior de PISA) respecto a la probabilidad de que no se produzca dicho suceso, condicionadas ambas probabilidades a un suceso determinado. Así, las variables que reducen el riesgo de fracaso escolar tienen asociadas *odds ratios* menores que la unidad, mientras que las variables que lo incrementan tienen asociadas *odds ratios* mayores que la unidad.

Para facilitar la interpretación de los resultados, el cuadro nº 2 los presenta a través de un sistema de símbolos cuya clave se encuentra al final de dicho cuadro. A modo de ejemplo, el símbolo «+» que se observa para la variable «hogar cuello blanco no cualificado», asociado a la competencia de matemáticas, implica que los alumnos que residen en hogares cuya categoría socioprofesional es «cuello blanco no cualificado» soportan un riesgo de fracaso escolar superior hasta en un 25% al que soportan los alumnos de hogares de categoría socioprofesional «cuello blanco cualificado» (la categoría de referencia).

Centraremos a continuación nuestro análisis en el estudio de algunos determinantes del riesgo de fracaso escolar, deteniéndonos especialmente en el impacto de las desigualdades socioeconómicas. La primera variable analizada es el género. Las cifras agregadas indican que las tasas masculinas de fracaso escolar superan claramente a las femeninas. Sin embargo, el análisis multivariante basado en PISA (cuadro nº 2) señala que, en España, las chicas tienen un mayor riesgo de fracaso escolar en las competencias de matemáticas y, los chicos, en comprensión lectora.

La relevancia del lugar de origen de los alumnos queda patente en los resultados presentados en el cuadro nº 2, que coinciden con los obtenidos en estudios basados en PISA como Calero, Choi y Waisgrais (2010). Los resultados señalan que los alumnos cuyos padres son de origen inmigrante tienden a tener un mayor riesgo de fracaso escolar que los nacionales. Al respecto, no obstante, cabe realizar algunas matizaciones. En primer lugar, la evidencia empírica indica que el riesgo de fracaso escolar es inferior para los alumnos de origen inmigrante de segunda generación (aquellos que nacieron en España, de padres de origen inmigrante). De hecho, los resultados presentados en el cuadro nº 2 muestran que la diferencia entre los resultados de los alumnos de origen nacional y de los alumnos de origen inmigrante de segunda generación es no significativa. Ello refleja la existencia de un proceso de adaptación a la sociedad y al sistema educativo de acogida. En segundo lugar, cabe señalar que PISA, para el caso español, no permite identificar el país de procedencia de las familias de los alumnos de origen inmigrante. Por tanto, al interpretar los resultados anteriores hay que tener en cuenta la no consideración de

la heterogeneidad, dentro del colectivo de origen inmigrante, por parte de los estudios basados en PISA para España. Por último, resulta digno de mención el hecho de que la acumulación de alumnos de origen inmigrante en los centros puede tener un impacto negativo sobre el riesgo agregado de fracaso escolar para los alumnos de dichos centros, si bien en este estudio el impacto asociado a dicha variable es no significativo (cuadro nº 1). Ahora bien, en aquellos estudios en los que se identifica la existencia de este efecto compañero basado en el origen de los alumnos, como en Calero, Choi y Waisgrais (2010), dicho efecto solo suele ser significativo a partir de niveles elevados de alumnos de origen inmigrante, situados dichos niveles alrededor del 20%.

El nivel socioeconómico y educativo de los hogares, así como sus recursos educativos, también tienen una incidencia importante sobre el riesgo de fracaso escolar en España. PISA establece las siguientes categorías socio profesionales: cuello blanco cualificado, cuello blanco no cualificado, cuello azul cualificado y cuello azul no cualificado. Los resultados presentados en el cuadro nº 2 muestran que los alumnos procedentes de hogares de cuello blanco no cualificado o de cuello azul soportan un mayor riesgo de fracaso escolar que los alumnos procedentes de hogares de cuello blanco cualificado.

La categoría socio profesional también tiene un impacto sobre el riesgo de fracaso escolar de los alumnos a través de los denominados «efectos compañero». Así, los alumnos escolarizados en centros en los que predominan los hogares de cuello blanco cualificado experimentan una reducción en su riesgo de fracaso escolar, en comparación con el resto de alumnos.

Por otro lado, estudios como Calero y Escardíbul (2007) destacan que el rendimiento académico del alumno no depende tanto del nivel económico del hogar como del ambiente educativo en éste. Este ambiente puede captarse a través de variables como el nivel educativo de los padres, del que se hablará seguidamente, y de los recursos educativos del hogar. A modo de apunte, la tenencia de libros, zonas habilitadas para el estudio o equipamientos informáticos en el hogar tienen un efecto reductor sobre el riesgo de fracaso escolar.

Numerosos estudios han documentado la relevancia de la educación de los padres como determinante del rendimiento educativo de los alumnos. El hecho de que en el cuadro nº 2 el impacto de la educación de los padres aparezca como no significativo (un resultado habitual al utilizarse datos de PISA para España (véase al respecto, por ejemplo, Calero y Escardíbul, 2007), se debe al hecho de que otras variables introducidas en el análisis absorben el impacto del nivel educativo de los hogares. Tal y como sucede con el nivel socioeconómico, el nivel educativo medio de los centros también tiene un impacto sobre el riesgo de fracaso escolar de los alumnos (véase cuadro nº 2, en la competencia de matemáticas). Por consiguiente, el nivel socio-profesional y educativo de los hogares resulta muy importante, al combinarse un doble efecto: por un

lado, el efecto directo sobre los alumnos que viven en dichos hogares y, por otro lado, el efecto indirecto sobre los compañeros de dichos alumnos.

Finalmente, una última variable relevante en cuanto al riesgo de fracaso escolar y muy vinculada al nivel socioeconómico de los alumnos es la titularidad del centro. Tomando una aproximación bivariante (cuadro nº 1), se observa que los alumnos de los centros públicos soportan un mayor riesgo de fracaso escolar. Ahora bien, los resultados presentados en el cuadro nº 2 coinciden con los encontrados por autores como Mancebón *et al.* (2012, en prensa) o Choi y Calero (2010, en prensa), mostrando que dicha brecha viene explicada no por la superior calidad de los centros privados, sino por el tipo de alumnos que ingresan en dichos centros. Así, los centros públicos tienden a escolarizar de forma más habitual a alumnos con un elevado riesgo de fracaso escolar (alumnos de origen inmigrante; alumnos de hogares de un entorno socioeconómico bajo; hijos de padres con un nivel educativo limitado). Esta distribución asimétrica de los alumnos con un elevado riesgo de fracaso escolar viene motivada por una combinación de factores: la utilización del criterio zonal para la asignación de los alumnos a los centros, la selección de alumnos por parte de los centros concertados, la huida del sector público de aquellos hogares conscientes de la importancia de los efectos compañero y capaces de afrontar el coste asociado a la elección de un centro privado, y la propia preferencia de los hogares –y de los propios alumnos– por escolarizar a sus hijos con sus «iguales».

A modo de cierre del apartado, conviene señalar algunas de las limitaciones de los análisis realizados a partir de PISA. Así, se trata de una base de datos transversal, lo cual dificulta la estimación de relaciones de causalidad. Ello impide, a su vez, la determinación del momento en el que se generan las desigualdades en el rendimiento entre los alumnos –basadas en algunas de las desigualdades expuestas en este apartado– y cuál es la evolución de estas a lo largo del proceso educativo. Por último, hay que recordar que PISA tan sólo evalúa algunas competencias cognitivas, omitiendo otras igualmente importantes en el desarrollo académico y personal del alumno, y que la definición de fracaso escolar PISA infravalora claramente, para el caso español, la situación del fracaso escolar real en el país.

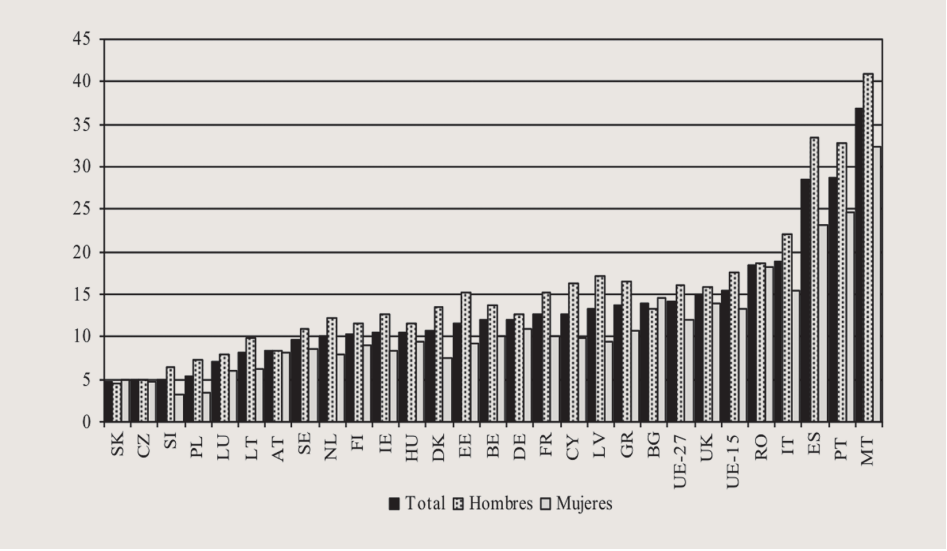
3. EL ABANDONO PREMATURO Y SUS DETERMINANTES

Tanto el fracaso escolar como el prematuro abandono escolar tienen graves consecuencias, a nivel individual y social. Unos reducidos niveles educativos están relacionados positivamente con mayores tasas de desempleo y peores condiciones laborales. A nivel social, una población poco formada condiciona el nivel de competitividad del país, ejerce presión sobre el sistema de prestaciones públicas y, en definitiva, lleva a menores niveles de bienestar y de crecimiento económico. Ello aparece recogido en la Estrategia Europa 2020, que fija como objetivo a alcanzar para dicho año una tasa de

abandono escolar prematuro del 10%. Nótese que la propia UE fijó como indicador el abandono escolar prematuro y no el fracaso escolar, al considerar que, en un mercado laboral marcado por alteraciones en la composición de la estructura productiva, el uso intensivo de tecnologías rápidamente cambiantes y una competencia a escala global, hece que la financiación de los estudios de educación secundaria inferior resulte insuficiente para garantizar la inserción laboral del individuo.

En el gráfico nº 4 se observa la situación desventajosa de España respecto a otros países desarrollados respecto a la tasa de abandono escolar prematuro. En el año 2010, la tasa era de 28,4% (la media de la UE, en el año 2010, fue del 14,1%). Dicha tasa osciló alrededor del 30% a lo largo de la década de 2000.

Gráfico nº 4. **ABANDONO ESCOLAR PREMATURO EN LA UE EN EL AÑO 2010. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 18 A 24 AÑOS QUE NO HA COMPLETADO EDUCACIÓN SECUNDARIA SUPERIOR Y QUE HA DEJADO EL SISTEMA EDUCATIVO, POR GÉNERO**



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat.
Nota: Portugal y Hungría, cifras provisionales.

Partiendo del contexto general que hemos descrito, el análisis que presentamos tiene como objetivo establecer los factores determinantes del abandono prematuro en España; la población sobre la que se aplica (personas con edades comprendidas entre 18 y 24 años) coincide con la utilizada en la construcción del indicador de abandono prematuro propuesto por la Comisión Europea. Partimos de los datos de EU-SILC en su ola de 2009, en cuya muestra española la población de referencia estaba representada por 3.003 individuos. La variable dependiente del análisis, CON-

TIN, toma un valor igual a 1 cuando el individuo ha realizado o está realizando estudios posteriores a la educación secundaria obligatoria (67,49% de la población representada en la muestra), y un valor de 0 en caso contrario (el 32,51% de la población representada se encuentra en esta situación de abandono escolar prematuro). El hecho de trabajar con una variable dependiente dicotómica nos lleva a utilizar un modelo de regresión logística que, a diferencia del estimado anteriormente con datos de PISA, utiliza datos únicamente de un nivel (el individuo y su familia, sin incorporar datos de un nivel adicional, como era, en el caso anterior, el centro educativo).

Podemos estructurar el conjunto de variables seleccionadas en el modelo en cuatro áreas. En la primera de ellas, correspondiente al ámbito personal, incorporamos la edad (entre 18 y 24 años) del individuo y su género. En la segunda de ellas, referida a la estructura familiar, se incluyen el número de hermanos y una variable que denominamos «pareja intacta», que toma valor 1 cuando en el hogar conviven el padre y la madre del individuo y 0 en caso contrario. La tercera incorpora seis variables referidas a la procedencia y características socioeconómicas de la familia: la condición o no de inmigrante (ambos padres), la renta disponible equivalente del hogar, el nivel de estudios máximo entre el nivel del padre y la madre, la categoría socio profesional del padre o madre, la situación laboral del padre (toma valor de 1 si el padre está ocupado y de 0 si está desocupado o inactivo) y la situación laboral de la madre, definida de forma equivalente a la del padre. La cuarta área es territorial; la variable utilizada es la comunidad autónoma de residencia.

En el cuadro nº 3 aparecen los valores medios de la variable dependiente, CONTIN, para las diferentes subpoblaciones definidas por las variables independientes anteriores. El cuadro nº 4 ofrece los resultados de la regresión logística. Discutimos a continuación algunos de los resultados más relevantes de entre los recogidos en el cuadro nº 4, agrupando las variables independientes en las cuatro áreas señaladas:

1) *Ámbito personal.* Puede observarse que la relación de probabilidad u *odds ratio* es considerablemente desfavorable para los hombres: su probabilidad de continuar estudiando tras la educación obligatoria, manteniendo constante el resto de variables, es menor de la mitad (0,448) con respecto a la probabilidad de las mujeres.
2) *Estructura familiar.* El efecto del número de hermanos es significativo y negativo para las probabilidades de continuidad (*odds ratio* de 0,858). Sin embargo, quisiéramos llamar la atención sobre la falta de significatividad de la variable «pareja intacta». A pesar de los 15,78 puntos porcentuales de diferencia en la probabilidad de abandono prematuro (cuadro nº 3) que se aprecia entre los dos tipos de familias descritas por la variable, en el análisis multivariante las diferencias no resultan significativas, por lo que quedan absorbidas por el efecto de otras variables.

3) *Procedencia y características socioeconómicas de la familia*. Los hijos de familias de origen inmigrante tienen probabilidades significativamente menores, a igualdad del resto de variables, de continuar estudiando tras la educación obligatoria. La variable correspondiente a la renta disponible equivalente del hogar, por el contrario, no resulta significativa. Es éste un resultado muy frecuente en este tipo de análisis: la renta por sí misma no determina el acceso a estudios postobligatorios, sino que son variables de índole sociocultural, altamente correlacionadas con la renta, las que resultan significativas. Es el caso, por ejemplo, del nivel educativo de los padres. Podemos observar, por ejemplo, cómo la probabilidad de dar continuidad a los estudios es 6,715 veces mayor para los individuos cuyos padres tienen estudios superiores que para los individuos con padres en el nivel educativo más bajo. Esta relación es de 3 a 1 en el caso de los padres con educación secundaria superior. La categoría socioprofesional de los progenitores resulta también significativa, aunque únicamente en el caso de las categorías de «cuello blanco» con respecto a «cuello azul no cualificado», que es la categoría de referencia. Finalmente, mencionaremos que estar ocupado, tanto para el padre como para la madre de los individuos, no resulta significativo; son estas, también, variables que establecían diferencias importantes en la aproximación bivariante (cuadro nº 3).

4) *Comunidad autónoma.* Existen diferencias significativas derivadas de la comunidad autónoma de residencia de los jóvenes. En comunidades como el País Vasco, Navarra, La Rioja o Aragón los *odds ratios* se sitúan por encima de 2,7 en relación con la comunidad de referencia, mientras que Andalucía es la peor situada en cuanto a la continuidad en los estudios (cuadro nº 4). Por el contrario, los coeficientes no significativos de una serie de comunidades están indicando situaciones muy desfavorables (y similares a Andalucía) en cuanto a abandono prematuro. Es el caso de Baleares, Canarias, Cantabria, Murcia y Ceuta y Melilla. Podemos observar que, salvo en el caso de Cantabria, estas comunidades son precisamente las que presentan mayor riesgo de fracaso escolar, medido a través de PISA (véase gráfico n. 3). Sin embargo, de esta aproximación multivariante es posible concluir que buena parte de las diferencias entre comunidades no se deben (al manos únicamente) a las características diferenciales de las poblaciones en términos socioeconómicos y culturales. Al quedar controladas tales variables en la regresión logística, el resultado obtenido obedece a la existencia de factores que actúan específicamente en cada comunidad autónoma con independencia de las características de la población. Factores como especificidades del sistema educativo o del mercado de trabajo pueden estar incidiendo sobre la probabilidad de incurrir en el fracaso escolar o en el abandono prematuro. Pensemos, por ejemplo, en la especificidad del mercado de trabajo de algunas comunidades donde la incidencia del sector de la construcción y/o del sector de servicios turísticos (Andalucía, Baleares, Canarias, Murcia, Comunidad Valenciana) generó una tendencia, durante el periodo 1996-2007, al desinterés de los jóvenes por las cualificaciones educativas y a la rápida incorporación a puestos de trabajo de bajo valor añadido.

Cuadro nº 3. **PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HA REALIZADO O ESTÁ REALIZANDO ESTUDIOS POSTERIORES A LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA. POBLACIÓN ESPAÑOLA CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 18 Y 24 AÑOS**

Género	
Hombre	60,82
Mujer	74,49
Número de hermanos	
Ninguno	64,36
Uno	71,95
Dos	64,36
Tres o más	47,91
Pareja intacta	
Sí	56,27
No	72,05
Padre y madre inmigrante	
Sí	67,51
No	66,68
Renta disponible equivalente del hogar (en quintiles)	
quintil 1	59,26
quintil 2	63,86
quintil 3	60,75
quintil 4	66,30
quintil 5	85,71
Educación padres: primaria y sin estudios	**45,48**
Educación padres: secundaria inferior	59,33
Educación padres: secundaria superior	80,50
Educación padres: superior	92,09
Categoría socioprofesional cuello azul no cualificado	**87,75**
Cuello blanco cualificado	70,36
Cuello blanco no cualificado	59,72
Cuello azul cualificado	49,81
Padre ocupado	
No	57,61
Sí	75,67
Madre ocupada	
No	59,48
Sí	77,98
Comuidad autónoma	
Andalucía	53,72
Aragón	78,24
Asturias	81,58
Baleares	58,59
Canarias	52,85
Cantabria	74,01
Castilla y León	72,46

.../...	.../...
Castilla-La Mancha	61,82
Cataluña	75,91
Comunidad Valenciana	66,96
Extremadura	71,23
Galicia	73,72
Madrid	74,71
Murcia	49,04
Navarra	86,57
País Vasco	92,50
La Rioja	79,90
Ceuta y Melilla	67,38
Total	**67,49**

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de EU-SILC-2009, España.

Cuadro nº 4. **RESULTADOS DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA (VARIABLE EXPLICADA = EL INDIVIDUO HA REALIZADO O ESTÁ REALIZANDO ESTUDIOS POSTERIORES A LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA). POBLACIÓN 18-24 AÑOS. ESPAÑA, 2009**

	coeficiente		desviación estándar	Exp(B)
Constante	-1,210	b	,510	,298
Edad (entre 18 y 24 años)	,041	c	,023	1,042
Género (1 = hombre; 0 = mujer)	-,804	a	,090	,448
Número de hermanos	-,153	a	,057	,858
Pareja intacta	,191		,130	1,210
Padre y madre inmigrante	-,543	b	,265	,581
Renta disponible equivalente del hogar	,000		,000	1,000
Nivel de estudios máximo padre y madre. Categoría de referencia: primaria y sin estudios				1,000
Educación secundaria inferior	,340	a	,116	1,405
Educación secundaria superior	1,103	a	,143	3,014
Educación superior	1,904	a	,191	6,715
Categoría socioprofesional padre y madre. Categoría de referencia: cuello azul no cualificado				1,000
Cuello blanco cualificado	,855	a	,166	2,351
Cuello blanco no cualificado	,268	b	,130	1,307
Cuello azul cualificado	,171		,132	1,186
Padre ocupado	,179		,114	1,196
Madre ocupada	,074		,102	1,077

Comunidad Autónoma. Categoría de referencia: Andalucía				1,000
Aragón	,996	a	,275	2,706
Asturias	,828	a	,258	2,288
Baleares	,079		,270	1,083
Canarias	,174		,199	1,190
Cantabria	,369		,320	1,446
Castilla y León	,498	b	,217	1,646
Castilla-La Mancha	,397	c	,209	1,487
Cataluña	,608	a	,183	1,837
Comunidad Valenciana	,422	b	,193	1,525
Extremadura	,533	b	,228	1,705
Galicia	,727	a	,194	2,068
Madrid	,509	a	,191	1,664
Murcia	,136		,214	1,146
Navarra	1,306	a	,323	3,691
País Vasco	1,128	a	,298	3,089
La Rioja	1,067	a	,289	2,906
Ceuta y Melilla	,375		,300	1,455

Notas:
a: significativa al 1%; b: significativa al 5%; c: significativa al 10%.

N	3003
-2 Log. función verosimilitud	3106,9
Test Chi2	706,226 ***
R2 Cox & Snell	0,21

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de EU-SILC-2009, España.

4. TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DE LAS CUALIFICACIONES EDUCATIVAS

En el presente apartado exploramos una vertiente de la equidad educativa que tiene que ver con los resultados finales obtenidos por los individuos en cualificaciones educativas. El nivel de transmisión entre generaciones de las posiciones alcanzadas finalmente en el sistema educativo constituye una información sintética de la capacidad del sector educativo para contribuir a la movilidad social. Lógicamente, esta capacidad determina sólo parcialmente la movilidad social total, que depende, además, de cómo se traducen en el mercado de trabajo las cualificaciones educativas de cada persona en concreto.

El análisis empírico que presentamos aquí pretende establecer los niveles de movilidad intergeneracional educativa que se han producido en España en las últimas

décadas. Para ello contamos con una información específica sumamente valiosa: en la ola de EU-SILC de 2005 (*European Union Statistic on Income and Living Conditions*) se recogió, en un módulo específico sobre transmisión intergeneracional de la pobreza, información sobre la situación de los padres de los entrevistados con edades comprendidas entre 25 y 64 años en el momento en que estos tenían entre doce y dieciséis años. Se trata de información retrospectiva y, por tanto, sometida a cierto nivel de error, pero en todo caso mucho más relevante que la mayor parte de fuentes de información sobre movilidad educativa con la que habíamos contado anteriormente para este tipo de análisis.

La base de datos mencionada nos permite componer matrices de transición entre los niveles educativos de los individuos y los de los padres o madres. En nuestro caso, seleccionamos el máximo nivel educativo de los progenitores. Hemos calculado las matrices de transición para siete cohortes, empezando por la de los nacidos entre 1940 y 1945 y finalizando en la de los nacidos entre 1970 y 1975[5]. Para cada cohorte contamos con tres matrices: la correspondiente a los hombres, la correspondiente a las mujeres y la total. Los niveles máximos de educación alcanzados están medidos por medio de la clasificación ISCED[6].

Seleccionamos en los cuadros nº 5 y 6, a título de ejemplo, dos matrices de transición situadas en los extremos del conjunto de observaciones y que corresponden, cada una de ellas, al total de la población (hombres y mujeres). Puede observarse, en una primera observación, cómo las posiciones de los individuos nacidos entre 1970 y 1975 son considerablemente más independientes de las posiciones de sus padres que en el caso de los nacidos entre 1940 y 1945. Para tener una información compacta acerca de los niveles de movilidad educativa a los que corresponde cada matriz de cada cohorte utilizaremos un primer indicador, el Índice de Prais y Shorroks[7], definido del siguiente modo:

$$I = \frac{(k - tr(P))}{k - 1}$$

Donde k = número de filas o columnas de la matriz P

tr = traza de la matriz

[5] Hemos descartado la última cohorte que podía ser considerada (nacidos entre 1975 y 1980) debido a que en ella una cierta cantidad de individuos no habían tenido la oportunidad de concluir sus estudios formales de un modo comparable al de los individuos de cohortes anteriores.

[6] Hace referencia a la clasificación internacional normalizada de la educación (ISCED, en inglés, CINE en español). Hemos agrupado los niveles ISCED, para la construcción de las matrices, del siguiente modo: ISCED 0-1 corresponde a educación primaria o menor, ISCED 2 corresponde a educación secundaria inferior, ISCED 3 a educación secundaria superior e ISCED 5 a educación superior. Descartamos ISCED 4 debido a que no se corresponde con un nivel existente en el sistema educativo español.

[7] Véase Ayala y Sastre (2002).

Cuadro nº 5. **MATRIZ DE TRANSICIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO MÁXIMO DE LOS PROGENITORES Y EL NIVEL EDUCATIVO DE LOS INDIVIDUOS. COHORTE DE NACIDOS ENTRE 1940 Y 1945, ESPAÑA. PORCENTAJES.**

Nivel educativo padres	Nivel educativo del individuo ISCED 0-1	ISCED 2	ISCED 3	ISCED 5	Total
ISCED 0-1	73,9	11,82	6,86	7,42	100
ISCED 2	24,19	40,32	19,35	16,13	100
ISCED 3	21,52	11,39	31,65	35,44	100
ISCED 5	8,2	7,38	26,23	58,2	100
Total	67,03	12,36	9,16	11,46	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EU-SILC-2005.

Cuadro nº 6. **MATRIZ DE TRANSICIÓN ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO MÁXIMO DE LOS PROGENITORES Y EL NIVEL EDUCATIVO DE LOS INDIVIDUOS. COHORTE DE NACIDOS ENTRE 1970 Y 1975, ESPAÑA. PORCENTAJES**

Nivel educativo padres	Nivel educativo del individuo ISCED 0-1	ISCED 2	ISCED 3	ISCED 5	Total
ISCED 0-1	21,2	27,19	24,29	27,32	100
ISCED 2	3,6	28,38	27,93	40,09	100
ISCED 3	5,88	10,29	30,88	52,94	100
ISCED 5	1,45	5,82	21,45	71,27	100
Total	15,75	23,23	24,89	36,13	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EU-SILC-2005.

El índice de Prais y Shorroks oscila entre 0 y 1: si la movilidad es nula el índice tomará un valor de cero; si la movilidad es completa y no quedan efectivos en la diagonal, el índice tomará un valor unitario. El gráfico nº 5 permite observar la evolu-

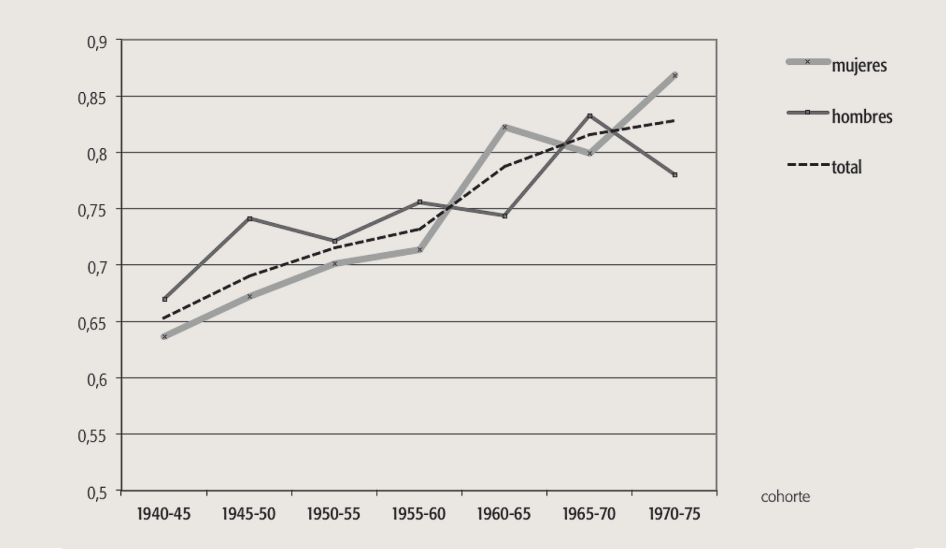
ción del índice en las cohortes consideradas para hombres, mujeres y el total de la población. El incremento del índice y, por tanto, de la movilidad educativa, es muy pronunciado, especialmente en las primeras cohortes. Observamos también que, hasta la cohorte de los nacidos en 1955-60, la movilidad educativa es más alta en los hombres que en las mujeres, alterándose estas posiciones posteriormente (con la excepción de la cohorte de nacidos en 1965-70).

La mayor parte de la movilidad que hemos registrado mediante el índice anterior es movilidad positiva. Podemos comprobar este extremo utilizando dos indicadores adicionales: un indicador de movilidad positiva (definido como la media de los elementos por encima de la diagonal principal de cada matriz) y otro de movilidad negativa (media de los elementos por debajo de la diagonal principal de cada matriz). La evolución de ambos indicadores aparece recogida en el gráfico nº 6. Resulta destacable el rápido descenso de la movilidad intergeneracional negativa que se produce en las tres primeras cohortes nacidas después de la Guerra Civil y cómo este tipo de movilidad se sitúa en el resto de cohortes en una franja muy reducida, que oscila entre el 5 y el 10%. La pauta descrita es similar en hombres y mujeres, con un único matiz: la movilidad negativa de las mujeres era considerablemente más alta que la de los hombres en las dos primeras cohortes consideradas.

Por lo que respecta a la movilidad intergeneracional positiva, resulta claro cómo crece tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, pero con una pendiente mucho más acusada en el caso de las mujeres. Ellas partían de un nivel de movilidad ascendente muy bajo en las primeras generaciones nacidas en la posguerra y, sin embargo, superan a los hombres en este indicador en más de seis puntos al final del período. Vemos que es en la cohorte nacida entre 1960 y 1965 cuando se produce la alteración de posiciones.

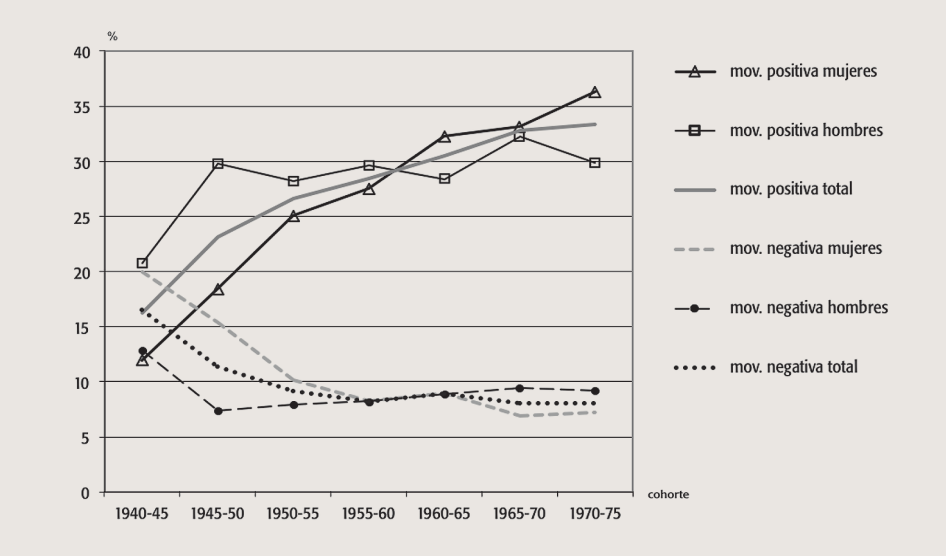
Por tanto, el sistema educativo español se ha convertido en más «móvil» desde el punto de vista de las posiciones educativas intergeneracionales. Esta mayor movilidad es un rasgo común a todos los sistemas educativos europeos. Sin embargo, conviene resaltar dos elementos (véase Di Paolo *et al.,* 2010). En primer lugar, el punto de partida de España corresponde, comparativamente, a una posición de reducida movilidad al inicio del periodo analizado. En segundo lugar, la movilidad que se alcanza hacia el final del periodo es todavía inferior a la de otros países europeos como Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Noruega o Suecia.

Gráfico nº 5. **ÍNDICE DE PRAIS Y SHORROKS. COHORTES DE NACIDOS ENTRE 1940 Y 1975. ESPAÑA**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EU-SILC-2005.

Gráfico nº 6. **ÍNDICES DE MOVILIDAD POSITIVA Y NEGATIVA. COHORTES NACIDAS ENTRE 1940 Y 1975. ESPAÑA**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EU-SILC-2005.

5. CONCLUSIONES

El sistema educativo trabaja con alumnos con orígenes socioeconómicos y culturales diversos. Los resultados y trayectorias de estos alumnos dependen, en menor o mayor medida, de sus orígenes, que determinan la socialización primaria y cómo ésta se relaciona con los procesos educativos que tienen lugar en el centro escolar. Una función muy (si no la más) importante del sistema educativo ha sido, precisamente, la reproducción de las desigualdades previas. La voluntad de hacer que las trayectorias educativas estén poco o nada determinadas por el origen sociocultural es, en realidad, una «novedad» de los sistemas educativos de la segunda mitad del siglo XX, que aspiran a una distribución (al menos formalmente) meritocrática de las cualificaciones educativas. Esta voluntad, sin embargo, está severamente limitada por una serie de factores que inciden constantemente sobre la aplicación real de los programas educativos, específicamente sobre aquellos orientados a reducir el efecto de las desigualdades de origen.

El sistema educativo español es, en términos comparativos, poco sensible a las desigualdades socioeconómicas y culturales. Sus resultados, medidos a través de la evaluación de PISA, son menos dependientes de los recursos de la familia que en países de nuestro entorno (como Francia o Austria). Sin embargo, las diferencias en función del origen existen y son significativas. En el artículo hemos profundizado en ellas por medio de dos análisis aplicados a los determinantes, respectivamente, del riesgo de fracaso escolar y del abandono escolar prematuro, a nuestro juicio los problemas más importantes del sistema educativo español. El primero de los análisis, basado en datos de PISA-2009, permite establecer el efecto del origen socioeconómico y cultural de los hogares en dos niveles: el estrictamente referido a la familia del estudiante y el referido a la interacción entre éste y sus compañeros (*peer effects*) en el centro educativo. Quisiéramos subrayar que los resultados del análisis apuntan a que tales efectos, en ambos niveles, explican la totalidad de las diferencias existentes entre los resultados de los centros de titularidad pública y los de titularidad privada; este resultado coincide con resultados previos aportados en la literatura reciente.

El segundo de los análisis permite establecer el efecto del origen socioeconómico y cultural sobre las probabilidades de abandono prematuro. Junto con el efecto esperado del nivel educativo de los padres y de su categoría socioprofesional, encontramos en los resultados la falta de significatividad de la variable de renta disponible equivalente del hogar. Este resultado, frecuente en este tipo de análisis, nos indica que más que las diferencias estrictamente económicas, son las diferencias de índole sociocultural las que inciden de forma más significativa sobre las trayectorias educativas.

La situación actual en España, por lo que respecta a la incidencia del origen socioeconómico y cultural, es el fruto de una trayectoria histórica de la que podemos

dar cuenta, de forma compacta, por medio del análisis de la transmisión intergeneracional de las cualificaciones educativas que hemos aportado en el apartado cuarto. Mediante este análisis, aplicado a siete cohortes de personas nacidas entre 1940 y 1975, se puede observar que desde el final de la Guerra Civil el sistema educativo español se ha convertido progresivamente en más «móvil», en el sentido de resultar cada vez más independientes los niveles educativos de los hijos/as del de los padres y madres. Este incremento de la movilidad parece desacelerarse en los últimos años. Son éstas informaciones limitadas acerca del efecto del origen socioeconómico y cultural familiar sobre los resultados educativos, en tanto que utilizan solamente el nivel educativo como única *proxy* de ese origen. Sin embargo, creemos que son suficientemente clarificadoras acerca de las tendencias a largo plazo del sistema. El incremento de la movilidad intergeneracional positiva se da, durante todo el periodo analizado, tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, este incremento es mayor en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, la situación de España, al finalizar el periodo estudiado, corresponde a una movilidad todavía inferior a la de muchos países europeos.

El artículo ha descrito, así, un sistema educativo español con una diversidad de luces y sombras en el terreno de las desigualdades provocadas por el origen socioeconómico y cultural. Si bien la democratización del acceso ha permitido una reducción paulatina del efecto de las diferencias de origen, la situación actual tiene, todavía, un considerable margen de mejora. La capacidad de las políticas educativas para reducir ese margen, sin embargo, está muy limitada. La crisis económica y fiscal, además, dificulta extraordinariamente la aplicación de políticas orientadas específicamente a la reducción de las desigualdades educativas, por lo que no es previsible que en el futuro próximo la situación que hemos descrito en este artículo pueda modificarse sustancialmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYALA, L. y SASTRE, M. (2002): «La medición de la movilidad de ingresos: enfoques e indicadores» *Hacienda Pública Española* 162-(3/2002), 101-131.

BAYE, A. *et al.* (2006): *A Set of Indicators to Measure Equity in 25 European Union Education Systems. Report for the European Commission*. Liège: Service de Pédagogie.

BUSHNIK, T., TELFORD, L. B, y BUSSIÈRE, P. (2004): In and out of high school: First results from the second cycle of the Youth in Transition Survey, 2002. *Statistics Canada Education, skills and learning research papers*. 81-595-MIE-No. 014.

CALERO, J. (2006): Desigualdades tras la educación obligatoria: nuevas evidencias. *Documento de trabajo de la Fundación Alternativas*, 83/2006.

CALERO, J., CHOI, Á., y WAISGRAIS, S. (2010): «Determinantes del riesgo de fracaso escolar en España: una aproximación a través de un análisis multinivel aplicado a PISA 2006». *Revista de Educación*. Extraordinario 2010, 225-256.

CALERO, JORGE y JOSEP-ORIOL ESCARDÍBUL (2007): «Evaluación de servicios educativos: el rendimiento en los centros públicos y privados medido en PISA-2003» *Hacienda Pública Española*, n. 83 (4/2007), 33-66.

CARABAÑA, J. (2007): *Las diferencias entre países y regiones en las pruebas PISA*. Madrid: Colegio de Eméritos.

CHOI, Á. y CALERO, J. (2010, en prensa). «Determinantes del riesgo de fracaso escolar en España en PISA-2009 y propuestas de reforma». *Revista de Educación*.

CORDERO, J. M., E. CRESPO y F. PEDRAJA (2013): «Rendimiento educativo y determinantes según PISA: Una revisión de la literatura en España» *Revista de Educación*, DOI: 10.4438/1988-592X-RE-2011-362-161

DI PAOLO, A., RAYMOND, J. L., CALERO, J. (2010): «Exploring Educational Mobility in Europe». *Documento de trabajo del IEB*, n. 2010/10.

DI PAOLO, ANTONIO (2012): «Parental education and Family Characteristics: Educational Opportunities Across Cohorts in Italy and Spain», *Revista de Economía Aplicada*, n. 58 (vol. XX), 119-146.

HOX, J. (1995): *Applied Multilevel Analysis*. Amsterdam: TT-Publikaties.

KNIGHTON, T. y BUSSIÈRE, P. (2006): Educational Outcomes at Age 19 Associated with Reading Ability at Age 15. *Statistics Canada Education, skills and learning research papers*. 81-595-MIE-No. 043.

MANCEBÓN, M. J. y PÉREZ, D. (2007): «Conciertos educativos y selección académica y social del alumnado». *Hacienda Pública Española/ Revista de Economía Pública*, 180, 77-106.

MANCEBÓN, M. J., CALERO, J., CHOI, Á. y PÉREZ, D. (2012, en prensa): «The Efficiency of Public and Publicly-Subsidised High Schools in Spain. Evidence from PISA 2006». Journal of the Operational Research Society. DOI:10.1057/jors.2011.156

MINISTERIO DE EDUCACIÓN (2012): *Estadísticas de la Educación*. Madrid: Ministerio de Educación.

OECD (2005): *PISA 2003. Technical report*. París: OCDE.

OECD (2010a): *PISA 2009 Results: What Students Know and Can Do: Student Performance in Reading, Mathematics and Science (Volume I)*. París: OCDE.

OECD (2010b): *PISA 2009 Results: Overcoming Social Background – Equity in Learning Opportunities and Outcomes (Volume II)*. París: OCDE.

OECD (2011). *PISA 2009 Results: Students On Line: Digital Technologies and Performance (Volume VI)*. París: OCDE.

SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA (2008): *La segregació escolar a Catalunya*. Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya.

ANEXO

Cuadro A.1 **RESULTADOS DE LAS REGRESIONES LOGÍSTICAS MULTINIVEL: PROBABILIDAD DE SITUARSE EN EL NIVEL 1 O INFERIOR EN LAS PRUEBAS DE PISA-2009**

		Matemáticas		Ciencias		Lectura	
	Variable	Coef.	*Odds ratio*	Coef.	*Odds ratio*	Coef.	*Odds ratio*
	Constante	-6,073[a] (1,783)	0,002	0,169 (1,911)	1,184	-0,089 (1,811)	0,915
Género	Mujer *Referencia: hombre*	0,901[a] (0,069)	2,461	0,590[a] (0,070)	1,805	-0,300[a] (0,069)	0,741
	Proporción de chicas en la escuela	-0,014[a] (0,004)	0,986	-0,015[a] (0,004)	0,985	-0,009[b] (0,004)	0,991
Origen	Inmigrante: 1ª generación	0,473[a] (0,107)	1,605	0,630[a] (0,100)	1,877	0,605[a] (0,110)	1,831
	Inmigrante: 2ª generación *Referencia: nacionales*	0,268 (0,211)	1,307	0,261 (0,235)	1,299	0,262 (0,263)	1,299
	Proporción de alumnado de origen inmigrante > 20% *Referencia: resto de centros*	0,053 (0,122)	0,664	0,144 (0,125)	1,155	-0,054 (0,140)	0,947
Categoría socio-profesional	Hogar cuello blanco no cualificado	0,203[b] (0,086)	1,225	0,224[b] (0,093)	1,251	0,207[b] (0,091)	1,230
	Hogar cuello azul *Referencia: hogar cuello blanco cualificado*	0,287[a] (0,084)	1,332	0,291[a] (0,090)	1,338	0,288[a] (0,086)	1,333
	Nivel socio-profesional del centro cuello blanco no cualificado	0,097	1,102	0,293[b]	1,340	0,193	1,213
	Nivel socio-profesional del centro cuello azul *Referencia: centro de cuello blanco cualificado*	0,390[a]	1,477	0,475[a]	1,607	0,549[a]	1,732
Años de educación	De la madre del alumno	-0,004 (0,010)	0,996	-0,002 (0,011)	0,998	0,002 (0,010)	1,002
	Del padre del alumno	0,012 (0,011)	1,012	0,016 (0,012)	1,016	0,016 (0,011)	1,016
	Media de los padres y madres del centro	-0,080[b] (0,040)	0,923	-0,040 (0,038)	0,961	-0,059 (0,037)	0,942
Titularidad del centro	Concertado	0,090 (0,238)	1,095	0,040 (0,270)	1,041	0,029 (0,264)	1,030
	Privado independiente *Referencia: público*	0,116 (0,329)	1,123	-0,495 (0,361)	0,610	0,069 (0,370)	1,072

Fuente: Elaboración propia a partir de PISA-2009.

Nota 1: [a]significativa al 1%; [b]significativa al 5%; [c]significativa al 10%. t-estadísticos entre paréntesis.

Nota 2: las variables incluidas en el modelo pero cuyos resultados no se presentan en el cuadro son: la edad de alumno; si el alumno ha repetido de curso; si el alumno asistió a educación infantil; si el alumno tiene un mal concepto de sus profesores; la composición del hogar; la actividad de la madre; una batería de variables de recursos educativos materiales del hogar y su utilización; características del centro como su tamaño, el método de selección del alumnado, el tamaño del municipio y la existencia de centros cercanos; características de los alumnos del centro; y una serie de variables relativas a los recursos materiales y humanos del centro, y su organización.

Los sistemas de garantía de ingresos ante la crisis: una perspectiva territorial

El objetivo de este trabajo es estudiar algunos de los cambios en la pobreza y en otros indicadores representativos de la insuficiencia de ingresos en España, haciendo hincapié en las diferencias territoriales, así como la respuesta general de los sistemas de garantía de ingresos y la más específica de los programas de renta mínima de las comunidades autónomas. Se destaca en los resultados que algunos de los mecanismos informales de protección no han tenido la misma capacidad amortiguadora de la pobreza que en crisis anteriores. Sobresale especialmente el crecimiento de la pobreza severa, que quiebra la tendencia a la reducción mantenida durante décadas. Desde la perspectiva territorial, el resultado más destacado es la persistencia de grandes diferencias entre las comunidades autónomas en los problemas de desempleo y pobreza. El crecimiento del número de beneficiarios de los programas autonómicos de rentas mínimas ha estado compensado por un cierto aumento de la desigualdad en las cuantías ofrecidas.

Lan honen helburua da Espainiako diru-sarreren gabezia islatzen duten pobreziaren eta beste adierazle batzuen zenbait aldaketa ikertzea. Zehazki, lurraldeen arteko desberdintasunak, diru-sarrerak bermatzeko sistemaren erantzun orokorra eta autonomia-erkidegoen gutxieneko errenta-programen berariazko erantzuna azpimarratu dira. Emaitzek diote babes-mekanismo informal batzuek ez dutela izan aurreko krisietan pobreziari dagokionez izan zuten ahalmen indargetzailea. Bereziki azpimarratzekoa da pobrezia larriaren hazkundea, aurreko hamarkadetan izan zuen murrizteko joera hautsi baita. Lurralde-ikuspegitik emaitzarik nabariena da langabezia eta pobrezia aferetan autonomia-erkidegoen artean oraindik ere jarraitzen duten desberdintasun handiak. Gutxieneko errenten programa autonomikoak jasotzen dituen onuradun kopuruaren hazkundea eskainitako diru-kopuruen desberdintasunen nolabaiteko hazkuntzarekin konpentsatu da.

This paper aims at reviewing some of the main changes in poverty and other measures of economic vulnerability in Spain paying special emphasis to large differences across territories. It also reviews some of the changes in welfare programs as a result of increasing poverty trends providing a detailed analysis of regional welfare policies. Among the different results, the weaker role of the family net in the coverage of poverty and the increasing rates of severe poverty –breaking a long-lasting trend of reductions– stand out. From the regional side, the most outstanding result is the persistence of large differences across regions in terms of unemployment and poverty. The dramatic growth in the number of recipients of regional welfare programs has been shadowed by a certain increase in the inequality in benefits across regions.

Luis Ayala Cañón[1]
Universidad Rey Juan Carlos

Índice

1. Introducción
2. El aumento de las necesidades sociales
3. El sistema de garantía de ingresos en la crisis
4. Desigualdades territoriales en la cobertura de la pobreza
5. Conclusiones
Referencias bibliográficas

Palabras clave: pobreza, rentas mínimas, desempleo.
Keywords: poverty, welfare, unemployment.

N.º de clasificación JEL: I32, I38.

1. INTRODUCCIÓN

La prolongación del período de estancamiento económico iniciado a finales de 2007, que se ha venido a caracterizar como Gran Recesión, ha tenido consecuencias muy importantes en la sociedad española. La caída de la actividad económica y el acelerado crecimiento del desempleo han dado origen a un acusado aumento de las necesidades sociales. El porcentaje de hogares con todos los miembros activos en situación de desempleo pasó de un nivel ligeramente superior al 2,5% en el último trimestre de 2007 a otro mayor del 9% cuatro años después. Los hogares que no reciben ingresos del trabajo, prestaciones de la Seguridad Social o de desempleo son ya más de un 3,3% del total, lo que supone su nivel máximo desde mediados de los años ochenta. La tasa de pobreza monetaria creció más de dos puntos entre 2009 y 2011, lo que representa el mayor crecimiento desde que se dispone de encuestas anuales sobre los ingresos de los hogares.

[1] El autor agradece la financiación recibida del Ministerio de Ciencia e Innovación (ECO2010-21668-C03-01).

Estos indicadores, a los que se podrían añadir muchos otros, revelan tanto la magnitud de los efectos sociales de la crisis como el inevitable aumento de la demanda de prestaciones sociales. Si bien no es fácil anticipar una relación automática entre los cambios de ciclo y el aumento del número de beneficiarios de prestaciones de garantía de ingresos debido a la intermediación de diferentes factores institucionales y demográficos (Bitler y Hoynes, 2010), no resulta arriesgado anticipar que el aumento del desempleo y el agotamiento del recurso a fuentes informales de protección han provocado un rápido crecimiento de la demanda de prestaciones económicas. Los datos procedentes de los registros de beneficiarios dejan pocas dudas sobre la intensidad del cambio: a finales de 2011 el número de prestaciones de esta naturaleza era superior a dos millones y medio, cifra que superaba en más de un millón a la que había en 2007.

Tal crecimiento del volumen de prestaciones no debe ocultar, sin embargo, la existencia de severos límites para la continuidad de su tendencia expansiva. Por un lado, la continuidad de la respuesta de la intervención pública está lastrada por los procesos de severo ajuste presupuestario, que limitan la posibilidad de mayores aumentos del gasto. En segundo lugar, la aparente sensibilidad de las cifras de beneficiarios a los cambios en las necesidades sociales no debe ocultar carencias muy notables. Ya antes de la crisis era necesaria una reforma profunda del sistema de garantía de ingresos, caracterizado por la yuxtaposición de subsistemas, con serios problemas de falta de coordinación y fragmentación, y por la persistencia de lagunas evidentes en su cobertura.

Uno de los elementos del sistema de garantía de ingresos más debatido y sobre el que ha pivotado una parte importante del debate durante y antes de la crisis es la singularidad del diseño territorial de algunas piezas básicas para su funcionamiento. Desde finales de los años ochenta, las comunidades autónomas han desarrollado dispositivos generales de rentas mínimas, que tratan de cubrir el riesgo general de pobreza de los hogares que se quedan sin otros recursos. Las rentas mínimas autonómicas son la manifestación más extrema de la descentralización territorial de las políticas redistributivas en España, al depender íntegramente su diseño, gestión y financiación de los gobiernos autonómicos. Aunque esta diversidad ha propiciado algunos efectos positivos en la lucha contra la pobreza y la exclusión social, ha causado también una diferenciación territorial difícilmente justificable, sobre todo en términos de cobertura. En el conjunto del Estado, las rentas mínimas llegan a menos de la mitad de los hogares que las necesitarían y hay algunas comunidades autónomas en las que la cobertura no llega al 10% de las necesidades.

Estas deficiencias, ya presentes antes de la crisis, han adquirido con el desarrollo de ésta una relevancia aún mayor. ¿Se está dando en cada territorio una desigual respuesta al aumento de la pobreza y de las necesidades sociales? ¿Pueden exacerbar las diferencias sociales entre las comunidades autónomas resultantes de la crisis las desigualdades en la cobertura? ¿Cómo puede afectar a la capacidad protectora de cada programa la variedad de políticas de consolidación fiscal?

El objetivo de este trabajo es dar respuesta a algunos de estos interrogantes mediante el análisis de tres tipos de cuestiones. En primer lugar, se revisa cuál ha sido la evolución de la pobreza en España desde el inicio de la crisis, con el propósito de anticipar los posibles cambios en la demanda de prestaciones de garantía de ingresos. Además de sintetizar los cambios generales para la sociedad española se pretende identificar si el aumento de la pobreza se ha distribuido de manera uniforme en las distintas zonas del territorio o si, por el contrario, el cambio en las necesidades sociales ha sido muy heterogéneo. En segundo lugar, se pretende analizar cuál ha sido la respuesta de los sistemas de garantía de ingresos al aumento de las necesidades de los hogares. En tercer lugar, se revisa también el modo en que los sistemas autonómicos de rentas mínimas han respondido a la emergencia de situaciones de pobreza. La atención se centra, básicamente, en si las desigualdades en la cobertura de los hogares con menores ingresos han aumentado en la crisis y si los problemas de falta de adecuación de las prestaciones se han concentrado más en unas zonas que en otras.

La estructura del artículo responde a estos tres objetivos. En un primer apartado se analizan los cambios en las necesidades sociales a través de diferentes tipos de indicadores ligados al empleo y a la insuficiencia de ingresos, prestando un especial énfasis a las diferencias por comunidades autónomas. En un segundo apartado se revisan las tendencias del sistema de garantía de ingresos en España. En el tercer apartado se analizan los cambios en la cobertura ofrecida por los sistemas autonómicos de rentas mínimas. El trabajo se cierra con una breve relación de conclusiones.

2. EL AUMENTO DE LAS NECESIDADES SOCIALES

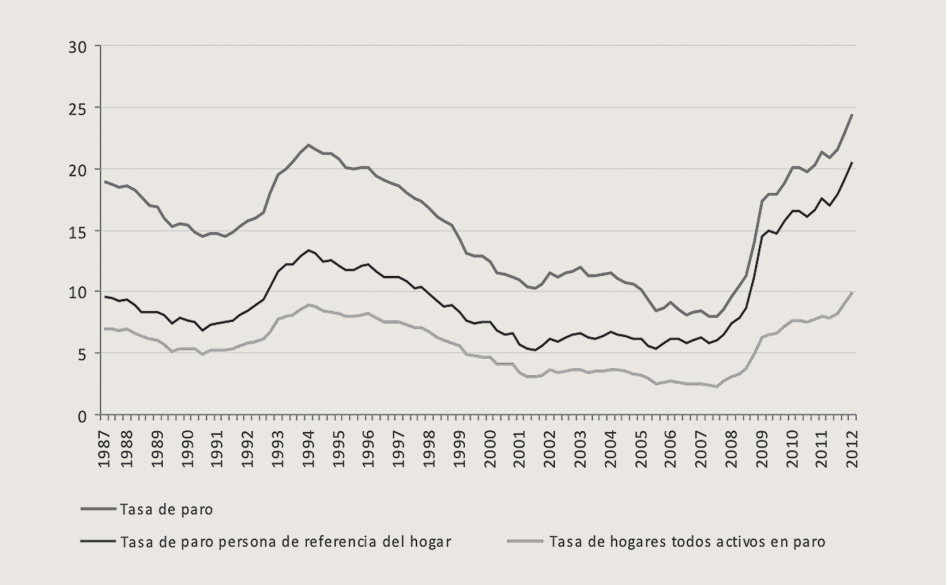
Entre los distintos indicadores que reflejan la magnitud de la crisis en España, el más distintivo es el drástico aumento de la tasa de desempleo. A menudo se esgrime su evolución como el rasgo más diferencial de la experiencia española en esta etapa de profunda recesión. La tasa agregada de desempleo no siempre es, sin embargo, un buen predictor del cambio en las necesidades sociales. Existen filtros demográficos e institucionales que pueden limitar el efecto directo del crecimiento del paro sobre la desigualdad y la pobreza. Uno de ellos es la extensión de los sistemas de desempleo, que sirven de primera red de sostenimiento de rentas cuando los miembros activos del hogar pierden el empleo. Otro es la distribución del riesgo de desempleo dentro del hogar. Éste no suele manifestarse de manera uniforme entre los distintos miembros, concentrándose, tradicionalmente, en mayor medida, en individuos distintos del sustentador principal del hogar.

No es extraño, por tanto, que los trabajos que han intentado encontrar relaciones lineales entre la evolución del desempleo y las situaciones de desigualdad e inseguridad económica se hayan mostrado poco eficaces para identificar posibles vínculos estadísticos (Haveman y Schwabish, 2000). Para el caso de España, existe cierta

evidencia de que más que la tasa de desempleo son determinadas cualificaciones de ésta las que mayor capacidad explicativa tienen de la tendencia encontrada en la evolución de la distribución de la renta y, sobre todo, de la pobreza. Parece más relevante la evolución de la tasa de paro de la persona principal del hogar o los cambios en el porcentaje de hogares donde todos los miembros activos están en situación de desempleo (Ayala *et al.*, 2011).

Ambas variables aparecen recogidas en la Encuesta de Población Activa (EPA), que permite un seguimiento trimestral de posibles indicadores adelantados de algunas de las situaciones más crudas de inseguridad económica dentro del hogar. Los cambios registrados en estos indicadores desde la crisis no pueden sino encender varias alarmas. Si la atención se fija en la tasa de paro de la persona principal del hogar la tendencia es claramente al alza. A diferencia de los episodios de fuerte desempleo de décadas anteriores –primera mitad de los años ochenta o primer tercio de los años noventa – la tasa de paro de los sustentadores principales ha crecido todavía más rápido que la del conjunto de la población activa (gráfico nº 1). En etapas anteriores de desaceleración de la economía, la absorción de los efectos negativos del desempleo generalizado de jóvenes y cónyuges por parte del empleo de los sustentadores principales y el sistema de protección de desempleo evitó que el crecimiento de la tasa de paro supusiera un drástico aumento tanto de la desigualdad y la pobreza como de las tensiones sociales.

Gráfico nº 1. **EVOLUCIÓN DEL DESEMPLEO, 1987-2012**



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Población Activa (INE).

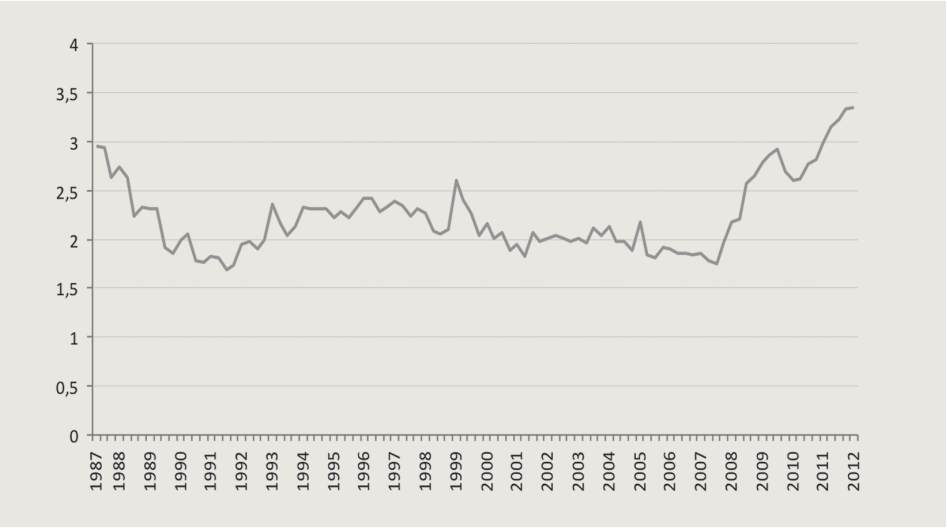
En el actual contexto de crisis, esta tasa no sólo ha crecido más rápido que en cualquier otro momento de las tres últimas décadas sino que lo ha hecho de forma mucho más veloz que la tasa de paro del conjunto de la economía, alcanzando su máximo histórico. Así, si en 1994, momento en que el desempleo alcanzó su valor más alto, la tasa de paro de los sustentadores principales llegó a suponer algo más de la mitad de la tasa general, en el momento actual esa proporción se ha elevado hasta casi el 85%. La tasa de desempleo de los sustentadores principales del hogar se mantuvo, durante la fase de crecimiento económico, en niveles muy bajos, alcanzando en los años anteriores a la crisis valores cercanos al 5%. A partir del cuarto trimestre de 2007 esta tasa comenzó a crecer rápidamente hasta triplicarse, superando en 2011 el valor del 19%, lo que constituye su máximo histórico.

Otro indicador de desempleo estrechamente vinculado a las situaciones de necesidad económica es el porcentaje de hogares con todos los activos en desempleo. Este tipo de hogares suponía un 2,5% del total antes del inicio de la crisis. A finales de 2011 el porcentaje se había más que triplicado hasta superar el 9% del total. Ambos indicadores habrían crecido, por tanto, incluso a un ritmo superior al de la propia tasa de paro. Dado que existe evidencia empírica de su estrecha relación con la situación de los hogares en la parte inferior de la distribución de la renta (Ayala, Cantó y Rodriguez, 2011), de su observación cabe augurar un recrudecimiento notable de las situaciones de inseguridad de ingresos.

La EPA permite estimar también un indicador directo de necesidad económica, al poder calcular mediante el cruce de diferentes variables el porcentaje de hogares que no tienen ingresos del trabajo, ni de prestaciones por desempleo o de la Seguridad Social. Tal indicador se ha utilizado a menudo para tener una medida regular de las situaciones de pobreza más severa (García Serrano y Malo, 2008). Su evolución reciente confirma la magnitud del cambio en las necesidades sociales, sin precedente en las últimas décadas (gráfico nº 2). Desde una situación inicial en el momento previo a la crisis de una incidencia de este problema cercana al 1,7% de los hogares se pasó a otra superior al 3,3% en 2011. En términos absolutos, se ha alcanzado una cifra cercana a seiscientos mil hogares en esta situación. En la medida en que este indicador es representativo de las formas más severas de pobreza, lo que se está registrando es un crecimiento sin precedentes de ésta, superando en más de 150.000 hogares el valor máximo registrado en los últimos veinticinco años[2].

[2] Algunas estimaciones realizadas sobre la probabilidad de no tener ingresos muestran algunos rasgos significativos que aumentan esta probabilidad, como tener sustentadores principales jóvenes, que en su último empleo trabajaron en la construcción, mujeres, inmigrantes y hogares monoparentales. Ver Ayala, Cantó y Martínez (2011).

Gráfico nº 2. **EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE HOGARES SIN INGRESOS**



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Población Activa (INE).

Aunque, como se ha señalado, no existe una traducción directa del aumento del desempleo en crecimientos equivalentes de la pobreza, es fácil imaginar que varias de las situaciones descritas se han transformado en otras de insuficiencia de los ingresos disponibles del hogar. El avance de resultados para 2011 del Instituto Nacional de Estadística muestra un crecimiento de la incidencia de la pobreza durante la crisis sin parangón en los últimos cuarenta años (cuadro nº 1). En contraste con la resistencia a la baja de las tasas durante el período de bonanza económica, con tímidas variaciones de sólo algunas décimas, en sólo dos años –de 2008 a 2010[3]– la incidencia de la pobreza creció en más de dos puntos. Especialmente destacado es el crecimiento de la pobreza severa, con un salto muy importante en el período de crisis, quebrando la tendencia de reducción de esta forma de pobreza que se había mantenido durante décadas. El crecimiento de la pobreza se ha concentrado especialmente en los hogares con niños y en aquellos con sustentadores principales más jóvenes.

Los resultados de otros trabajos muestran también cambios importantes en indicadores no monetarios. Según datos del INE, la población en riesgo de pobreza o exclusión social suponía ya el 27% del total a finales de 2011[4]. La tasa de privación básica de los hogares españoles –medida agregada de privación igual al porcentaje

[3] La Encuesta de Condiciones de Vida recoge los ingresos de los hogares percibidos en el año anterior a la realización de la encuesta.

[4] La población en riesgo de pobreza o exclusión social es aquella que está en alguna de estas situaciones: en riesgo de pobreza (por debajo del 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo), en carencia material severa (con carencia en al menos 4 conceptos de una lista de 9), en hogares sin empleo

de población en hogares que sufren simultáneamente tres o más problemas–, que a diferencia con la pobreza monetaria había disminuido en el período de bonanza anterior a la crisis creció aceleradamente con ésta (Martínez, 2010).

Cuadro nº 1. **EVOLUCIÓN DE LA TASA DE POBREZA (umbral: 60% de la renta mediana ajustada)**

	Total	Por grupos de edad		
		<16 años	16 - 64 años	65 y más años
2004	19,9	24,2	16,4	29,5
2005	19,7	24,0	16,4	29,3
2006	19,9	24,0	16,4	30,7
2007	19,7	23,6	16,8	28,2
2008	19,6	24,1	16,8	27,4
2009	19,5	23,3	17,2	25,2
2010	20,7	25,3	19,4	21,7
2011	21,8	26,5	20,7	21,7

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

El conjunto de indicadores revisado muestra, en síntesis, un claro agravamiento de las situaciones de pobreza y vulnerabilidad, tanto en términos monetarios como cuando se utilizan otros indicadores directos del bienestar de los hogares. La caída de la actividad económica y el crecimiento del desempleo han dado origen a un aumento sin precedentes de las necesidades sociales, quebrando la tendencia a la reducción prolongada durante varias décadas.

En términos del objetivo general de este trabajo, una cuestión especialmente relevante es si este cambio en las condiciones sociales se ha producido de manera homogénea en las diferentes comunidades autónomas (en adelante CC.AA.). En la medida en que algunos servicios y prestaciones básicas para el bienestar social dependen de la iniciativa de los gobiernos territoriales, la existencia de diferencias muy marcadas en la severidad de los efectos de la crisis podría tener implicaciones también muy diferentes sobre el alcance y las posibilidades de la iniciativa pública descentralizada.

La explotación de los datos de la Encuesta de Población Activa permite contar con un retrato suficientemente desagregado de la evolución del desempleo y de los indicadores de insuficiencia de ingresos por CC.AA. Un primer rasgo destacado es que el crecimiento del desempleo, aunque común, no ha tenido la misma magnitud

o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia).

en todas las regiones (gráfico nº 3a). Mientras que en algunas CC.AA. que partían de niveles muy diferentes, como País Vasco, Galicia, Asturias o Andalucía las tasas se duplicaron, en otras la incidencia del desempleo más que se triplicó (Cantabria, Aragón o Murcia). Aunque no puede hablarse de correlación con la tasa inicial, algunas de las CC.AA. que partían de los mayores niveles al principio de la crisis registraron incrementos muy elevados, como Canarias, Murcia o, a más distancia, la Comunidad Valenciana. El resultado es una marcada acentuación de las diferencias y ciertas reordenaciones en el *ranking* regional. Si antes de la crisis era Extremadura la comunidad con la tasa más alta (14,6%) y el País Vasco la que ocupaba la posición contraria (4,3%), con el desarrollo de la crisis Canarias ha pasado a ser la comunidad con menor probabilidad de ocupación, con una tasa de paro cercana al 30%, mientras que el País Vasco sigue siendo la que presenta la menor tasa de desempleo (ligeramente por debajo del 11%).

Gráfico nº 3a.
TASA DE PARO POR CC.AA. PRINCIPAL DEL HOGAR

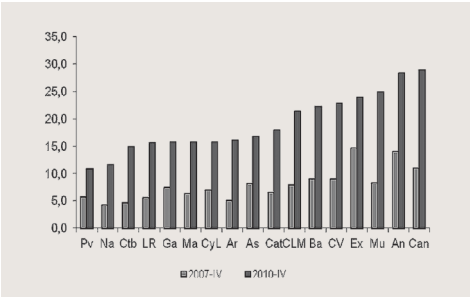


Gráfico nº 3b.
TASA DE PARO DE LA PERSONA PRINCIPAL DEL HOGAR

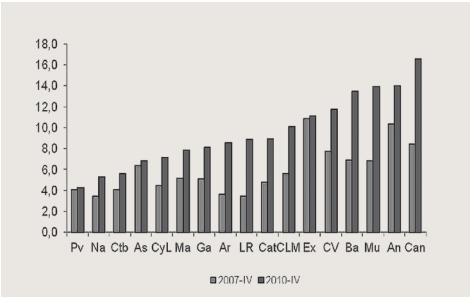


Gráfico nº 3c.
PORCENTAJE DE HOGARES CON TODOS LOS ACTIVOS EN PARO

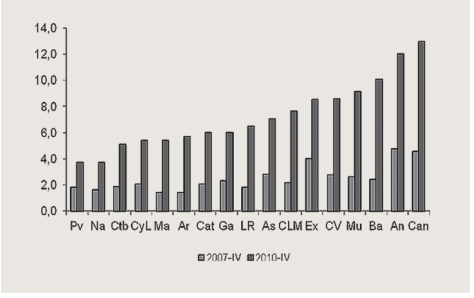
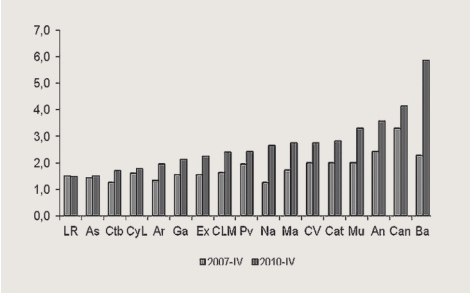


Gráfico nº 3d.
PORCENTAJE DE HOGARES SIN INGRESOS



Fuente: INE-Encuesta de Población Activa.

Como se señaló anteriormente, existen otros indicadores relacionados con la distribución intrafamiliar del desempleo que pueden actuar de predictores más precisos de la pobreza, como la tasa de paro de la persona principal del hogar o el porcentaje de hogares con todos los activos en paro. De la evolución del primero de esos indicadores se desprende un cuadro algo diferente del de los cambios en el desempleo general (gráfico nº 3b). El rango es mayor y mientras que en algunas CC.AA. apenas varió la incidencia del desempleo en los sustentadores principales, como en el País Vasco o Extremadura, en otras, por el contrario, éste se elevó hasta niveles muy altos, como en las islas, Andalucía y Murcia. El segundo indicador, que es el más asociado a las situaciones de pobreza severa (porcentaje de hogares con todos los activos en paro), cualifica los datos anteriores al mostrar un aumento sin precedentes en algunas CC.AA. (ver gráfico nº 3c). Mientras que el indicador se duplicó en la comunidad autónoma donde menos aumentó (País Vasco), en algunas regiones creció hasta un valor más de tres veces superior al que había antes de la crisis (Comunidad Valenciana y Aragón).

El indicador más directo, en cualquier caso, del cambio en las necesidades económicas que ofrece la EPA, es el que se refiere al porcentaje de hogares sin ingresos en cada territorio. El cuadro resultante confirma situaciones muy diferentes en cada comunidad autónoma, con un rango considerablemente más amplio que en el caso de las tasas de desempleo (gráfico nº 3d). Mientras que en algunas CC.AA. la incidencia de este problema está mucho más contenida, otras han alcanzado sus cotas máximas de las tres últimas décadas. Especialmente destacados son los casos de Baleares y Canarias, con niveles muy altos y de Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana, con tasas cercanas a la media nacional.

En síntesis, son notables tanto las diferencias que persisten entre las CC.AA. en los problemas de desempleo y pobreza, aproximada ésta a través de la restrictiva noción de la ausencia de ingresos, como el modo en que la crisis ha afectado a ambos fenómenos, aún dentro de la línea común de agravamiento de los problemas.

3. EL SISTEMA DE GARANTÍA DE INGRESOS EN LA CRISIS

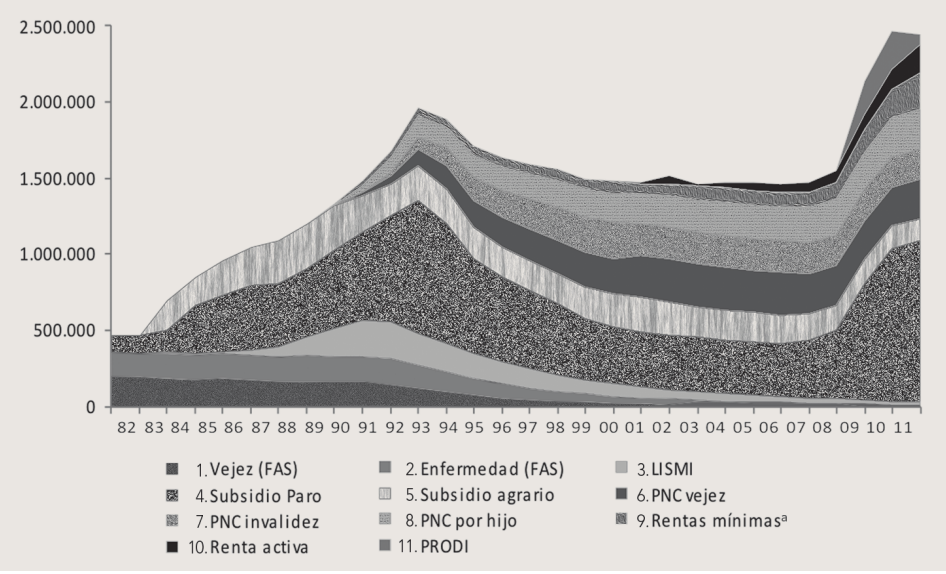
Una consecuencia esperable del aumento de los problemas de inseguridad económica causado por la profunda desaceleración de la actividad es el crecimiento de la demanda de prestaciones monetarias destinadas a cubrir el riesgo de insuficiencia de los ingresos. Si bien existe evidencia de que los cambios de ciclo no siempre se traducen en incrementos de las cifras de beneficiarios de prestaciones asistenciales (Bitler y Hoynes, 2010) y de que las altas y las bajas dentro de los programas de lucha contra la pobreza presentan una diferente sensibilidad al ciclo (Grogger, 2004), de la magnitud del cambio descrito cabe esperar cambios drásticos en el ritmo de crecimiento de las cifras de beneficiarios de la última red de protección social.

Son varios los componentes del sistema de prestaciones sociales que tienen la función de proporcionar una renta a individuos u hogares que han agotado el derecho a otras fuentes de ingresos y en los que debería haberse producido un incremento del número de personas beneficiarias. A la variedad de dispositivos no contributivos y de naturaleza no cíclica que forman parte del sistema de garantía de ingresos, como las pensiones no contributivas o los antiguos subsidios de enfermedad o vejez, se une otro tipo de prestaciones, mucho más dependientes de la tendencia de la actividad económica. Se trata de los diferentes subsidios relacionados con la protección asistencial del riesgo de desempleo, como el subsidio de paro, el subsidio agrario, la renta activa de inserción o las prestaciones que se fueron creando como ayudas extraordinarias temporales, como las incluidas en los programas PRODI o PREPARA. Además de estos dos tipos de prestaciones, las rentas mínimas de las CC.AA. tratan de cubrir el riesgo general de pobreza. Aunque una importante proporción de las personas beneficiarias tienen dificultades estructurales para acceder al empleo la evolución de estos programas está muy condicionada por los cambios cíclicos (Ayala y Pérez, 2005).

El conjunto de prestaciones que da forma al sistema de garantía de ingresos mínimos en España es significativamente amplio y complejo y ha ido ampliando en el tiempo su cobertura. Uno de sus déficit más importantes, sin embargo, es no haber sido concebido nunca como un todo, por lo que presenta importantes problemas de articulación que limitan significativamente su eficiencia en la reducción de las desigualdades y de la pobreza en España (Laparra, 2011). Los diferentes instrumentos que tratan de garantizar unos ingresos mínimos aparecieron en distintos momentos del tiempo, con distintas lógicas para cada uno de los colectivos protegidos. Existe una acusada diferenciación entre los programas dirigidos a colectivos al margen del mercado de trabajo (personas ancianas y con discapacidad) de aquellos a personas potencialmente activas. El resultado es una yuxtaposición de esquemas, con derechos y cuantías de las prestaciones diferentes para cada grupo demográfico y con un crecimiento también distinto de la población cubierta por cada programa. Ya antes de la crisis era necesaria una profunda revisión del sistema para reducir su fragmentación, con notables disparidades en la protección recibida por los distintos grupos de población. Parecen obligados los avances hacia la racionalización del sistema a través de la articulación de las distintas figuras, que debería apoyarse en mejoras en la homogeneización de las cuantías y en una simplificación de los esquemas que permitiera rebajar su complejidad.

Con todos estos límites, la evolución de las cifras de beneficiarios deja pocas dudas del efecto de la crisis sobre la demanda de prestaciones de garantía de ingresos. El número de personas beneficiarias es más de cuatro veces mayor en la actualidad (cerca de dos millones y medio de prestaciones) que el que había a comienzos de los años ochenta (gráfico nº 4). A mediados de los años noventa, como respuesta a la recesión del trienio 1992-94, se había registrado el techo histórico, alcanzando dos millones de prestaciones, valor superado con holgura por las cifras actuales como consecuencia del impulso derivado de la prolongación de la crisis económica.

Gráfico nº 4. **EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE BENEFICIARIOS Y TIPO DE PRESTACIONES ASISTENCIALES 1982-2011**



[a] Rentas mínimas: estimación para 2011.

Nota: Las capas de tipo de prestación se superponen en el orden establecido.

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Mientras que desde el inicio de la crisis las prestaciones no ligadas al ciclo económico registraron una leve reducción[5], en el resto de instrumentos de garantía de ingresos la imparable presión de la demanda se tradujo en un ritmo de crecimiento sin precedentes, alcanzando el total de prestaciones asistenciales su nivel máximo, con un incremento del 30% en los dos primeros años de la crisis y de un 65% entre 2007 y 2011. Dentro de la tendencia expansiva sobresale, especialmente, el aumento del número de beneficiarios del subsidio de desempleo –casi triplicándose durante ese quinquenio–, de las personas que cobran la renta activa de inserción –casi triplicándose también– y del número de hogares que cobran las rentas mínimas autonómicas, con un crecimiento del 130%.

La velocidad del crecimiento de las cifras no debe ocultar algunas lagunas importantes en la respuesta a la crisis. El propio aumento del subsidio de desempleo, con cerca de doscientas mil personas beneficiarias más en 2011 que en el anterior máximo histórico (1993), no ha sido suficiente para dar cobertura al creciente número de desempleados que ante el espectacular incremento de la tasa de paro fueron

[5] El número de pensiones no contributivas de vejez e invalidez descendió de 474.000 unidades en 2007 a 449.000 en 2011.

agotando su derecho al cobro de la prestación. La creación en 2009 del Programa temporal de prestación por desempleo e inserción, aprobada por Real Decreto-ley 10/2009, amplió el derecho de cobro de la prestación a los trabajadores que hubieran extinguido por agotamiento la prestación por desempleo de nivel contributivo (sin derecho a subsidio posterior) o el subsidio por desempleo siempre que en ambos casos carecieran de rentas superiores en cómputo mensual al 75% del salario mínimo interprofesional. El nuevo programa, aunque contribuyó a aliviar las necesidades económicas de un número importante de hogares –con un nivel máximo de 250.000 beneficiarios en 2010– resultó insuficiente para dar acogida al creciente número de hogares sin ingresos.

4. DESIGUALDADES TERRITORIALES EN LA COBERTURA DE LA POBREZA

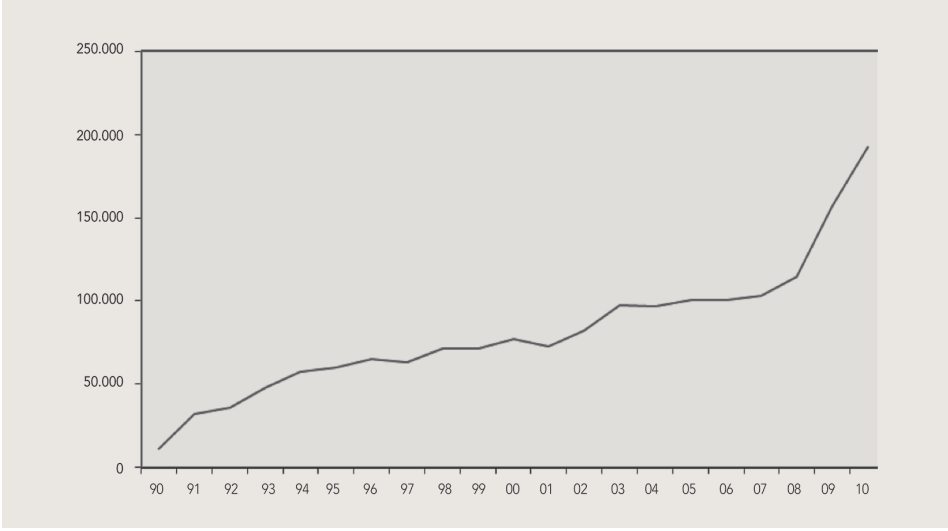
Una de las principales cuestiones abiertas desde el plano de las desigualdades territoriales en la crisis es el grado de heterogeneidad con el que los sistemas autonómicos de protección social han actuado ante la extensión de la demanda de prestaciones monetarias. Aún siendo varios los posibles instrumentos de actuación de los gobiernos territoriales en la lucha contra la pobreza, el papel central en el desarrollo de actuaciones que cubran ese riesgo corresponde a las prestaciones de rentas mínimas. Desde su puesta en marcha en algunas regiones a finales de los años ochenta, las rentas mínimas han desempeñado un papel fundamental en las estrategias de inclusión social de las CC.AA.

Desde su inicio, el diseño y la financiación de los programas ha dependido de forma completamente descentralizada de cada gobierno autonómico. Esta diversidad ha dado origen a notables divergencias en la cobertura económica ofrecida por las rentas mínimas. La ausencia de mecanismos de coordinación y la autonomía completa de los gobiernos territoriales en el diseño, la gestión y la financiación de los programas dieron lugar, desde el primer momento, a un rango de variación muy amplio en la protección recibida por los diferentes tipos de hogar. La completa descentralización ha propiciado una cobertura muy heterogénea de los hogares con menores recursos, tanto en términos de población atendida como en cuanto a la suficiencia económica de las prestaciones, muy superior a las diferencias naturales que pueden imponer las propias divergencias en los niveles de vida en cada territorio. La generación de amplias desigualdades no debe ocultar, sin embargo, que en algunas comunidades estos programas han supuesto avances importantes en la lucha contra la exclusión social o que las actuaciones ligadas a la prestación que tratan de promover la inserción social de las personas beneficiarias han dado lugar a mejoras en el funcionamiento de los servicios sociales.

Antes de la crisis, las rentas mínimas ya habían adquirido un papel central en la lucha contra la exclusión social y en el alivio de los problemas de pobreza más seve-

ra. Desde su inicio, fueron concebidas como una última red de seguridad destinada a garantizar unos ingresos mínimos, con carácter subsidiario, para todos aquellos a los que el mercado y los distintos dispositivos de protección social dejaban al margen (o cuyos ingresos eran en cualquier caso insuficientes). Tenían por tanto las rentas mínimas un carácter estratégico, no por lo que suponían de aumento del gasto en protección social, sino por dirigirse específicamente a aquellos sectores más claramente desprotegidos, en situación de pobreza extrema (Laparra, 2005). Los indicadores cuantitativos, sin embargo, dan cuenta de una contribución muy reducida a la reducción de la pobreza en España. Con el desarrollo de la crisis, algunas CC.AA. parecen haber realizado un esfuerzo importante para dar cobertura a las nuevas necesidades, encontrando casos con una respuesta más flexible y aumentos de la cobertura de los hogares sin ingresos y de los recursos económicos destinados a estos colectivos.

Gráfico nº 5 **EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS DE LAS RENTAS MÍNIMAS AUTONÓMICAS, 1990-2010**



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el período anterior de crisis, entre 1992 y 1994, las rentas mínimas demostraron una escasa capacidad de respuesta al aumento de las necesidades económicas de una parte de la población. En ese momento, su juventud pudo ser ciertamente un atenuante, ya que en la mayoría de los casos acababan de nacer y no contaban ni con la estructura administrativa, ni con la base presupuestaria, ni con el asentamiento social y político suficiente como para estar a la altura de las circunstancias. Desde 2007, sin embargo, los datos sobre la evolución de las cifras de personas beneficia-

rias revelan un cambio drástico en el volumen de población cubierta (gráfico nº 5)[6]. La evolución resultante muestra un crecimiento sin parangón en el período reciente. El número de unidades beneficiarias casi se duplicó entre finales de 2007 y 2010, pasando de algo más de 100.000 unidades beneficiarias a casi 200.000. Quedan pocas dudas, por tanto, de la magnitud del cambio y del reto al que se enfrentan los programas, con una demanda creciente en un contexto de severas políticas de consolidación fiscal.

Este crecimiento tan notable de las cifras de personas beneficiarias no se ha repartido, sin embargo, de manera homogénea entre las CC.AA. La respuesta de los distintos gobiernos autonómicos a las necesidades suscitadas por la crisis y, muy especialmente, por el desempleo, no ha sido uniforme, dependiendo tanto de los recursos disponibles y las posibilidades de cada gobierno autonómico como de la incidencia de las situaciones de insuficiencia de ingresos. Si bien en todas las CC.AA. el crecimiento del paro ha sido muy importante, la demanda de protección en forma de garantía de ingresos ha sido mayor en unos territorios que en otros. También lo ha sido la cobertura y el gasto de los programas, tanto por los recursos más limitados de las regiones con mayores tasas de paro como por la diferente iniciativa política en la adaptación de los programas a las nuevas necesidades impuestas por la crisis.

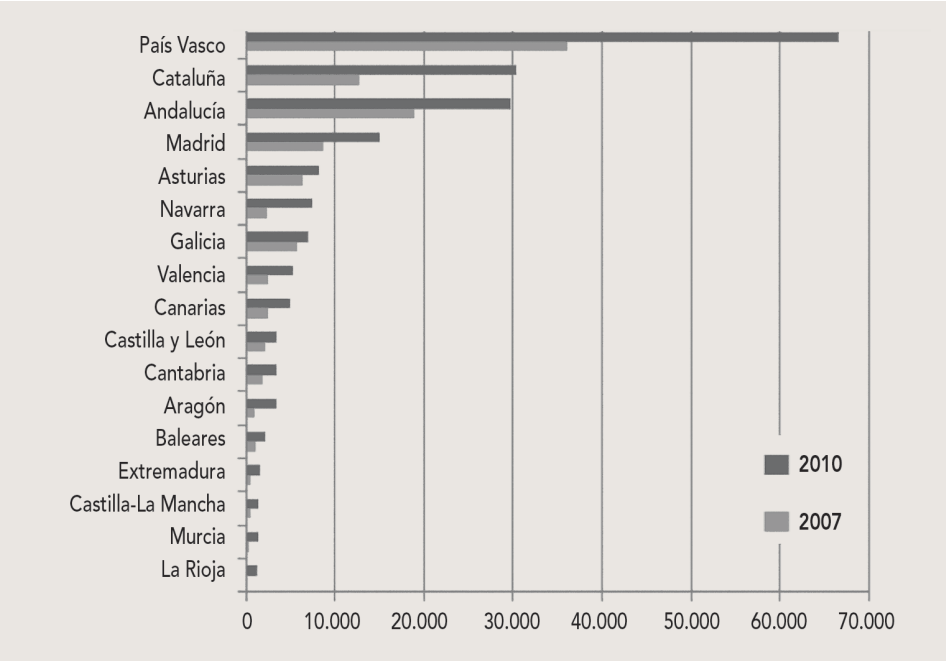
En todas las CC.AA. ha crecido el número de beneficiarios, si bien el aumento ha sido más pronunciado en los programas que partían de niveles más bajos al inicio. Es el caso de La Rioja, Murcia, Castilla-La Mancha y Aragón (gráfico nº 6). Hay casos también de crecimiento notable en comunidades que ya partían de niveles de cobertura comparativamente altos, como Navarra. Esta evolución, en cualquier caso, no quiebra el rasgo anterior de una concentración geográfica muy acusada. País Vasco, Cataluña y Madrid siguen acumulando casi el 75% de los beneficiarios de estos programas.

La cuestión básica, en cualquier caso, es si la crisis ha supuesto una mayor desigualdad en la cobertura ofrecida por los programas. Desde los primeros momentos de desarrollo de las rentas mínimas, diversos estudios mostraron la existencia de diferencias muy grandes en las cuantías ofrecidas, que añadían a la fragmentación de los sistemas de garantía de ingresos comentada en el apartado anterior, la diversidad de niveles territoriales desde donde se gestionan (Arriba y Guinea, 2008). Esa heterogeneidad va más allá de las diferencias naturales en los niveles de precios de las CC.AA. La estimación de medidas muy sencillas de dispersión parece revelar que si bien la crisis ha supuesto un cierto aumento de la desigualdad en

[6] La reconstrucción de las series de personas beneficiarias de estos programas está restringida por su carácter descentralizado y por las dificultades para disponer de información suficientemente homogénea. Es posible, sin embargo, analizar la evolución de las grandes cifras de los programas a partir de los datos individuales de las comunidades autónomas y de la información sintética que desde hace varios años ofrece la Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia del Ministerio de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

las cuantías ofrecidas, sobre todo en prestaciones para hogares con hijos, ya antes de que la demanda comenzara a aumentar por el crecimiento del desempleo se había registrado una tendencia muy marcada de incremento de la desigualdad en las cuantías ofrecidas.

Gráfico nº 6. **EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE BENEFICIARIOS POR CC.AA.**

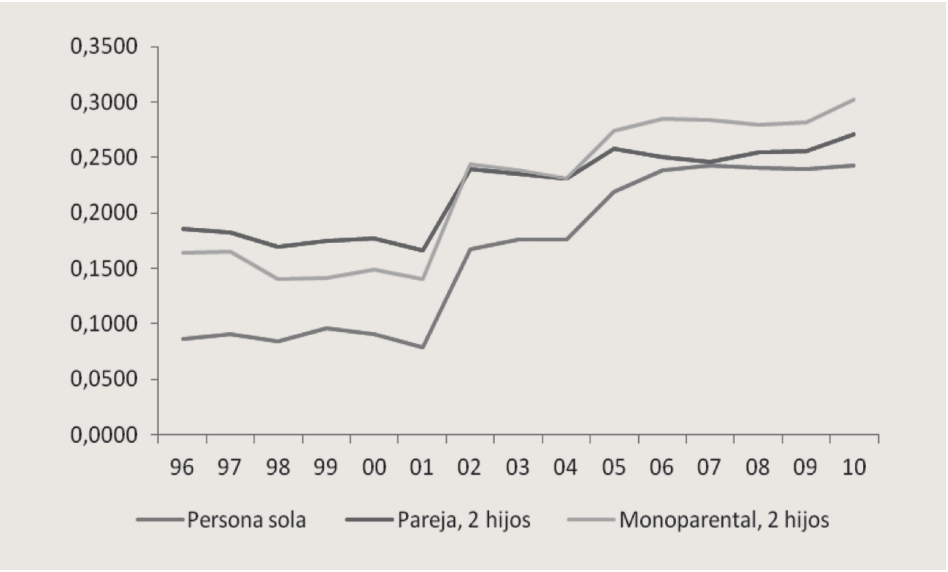


Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tal como muestra el gráfico nº 7, el cambio de década marcó un punto de inflexión en la evolución de las diferencias en las cuantías pagadas para los distintos tipos de hogar. Durante la primera mitad de la pasada década las diferencias se ensancharon considerablemente, tanto en los baremos establecidos para los hogares con hijos como en los correspondientes a los unipersonales. Las diferencias en el segundo de estos casos han sido tradicionalmente menores, al ser la generosidad relativa en los complementos para otros miembros del hogar la fuente principal de estas desigualdades. Desde 2006 hasta 2009, la desigualdad en las cuantías permaneció bastante estable, salvo en los hogares de mayor dimensión. En el último año de la serie, sin embargo, se observa de nuevo un repunte en la dispersión, que coincide en el tiempo con el aumento drástico de la demanda en casi todas las CC.AA., por la llegada de desempleados que agotaron el derecho a otras prestaciones.

Gráfico nº 7. **EVOLUCIÓN DE LA DISPERSIÓN EN LAS CUANTÍAS DE LAS RENTAS MÍNIMAS**

(coeficientes de variación ponderados por el número de beneficiarios)



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La valoración de la desigualdad resultante del pago de prestaciones diferentes ofrece sólo una dimensión de los problemas de equidad interterritorial en la evolución de las rentas mínimas. Una valoración más completa de los resultados en términos de equidad remite tanto al análisis del modo en que esas cuantías son suficientes o no para acercar las rentas de los beneficiarios a los umbrales de pobreza como a la valoración del grado de cobertura de los hogares potencialmente beneficiarios. La clave en el primero de esos aspectos es construir indicadores adecuados de adecuación de las prestaciones. Un procedimiento relativamente estándar es relacionar las cuantías con los umbrales de pobreza de los distintos tipos de hogar que cubren los programas. Siguiendo la misma aproximación que en el primer apartado, esos umbrales se pueden definir como porcentajes respecto a la renta ajustada de la población española (60% de la renta mediana). Para calcular la cobertura de los hogares que podrían demandar la renta mínima se puede utilizar el porcentaje de hogares sin ingresos del trabajo, prestaciones de desempleo o de la Seguridad Social, con los datos de la Encuesta de Población Activa.

El cuadro nº 2 recoge un conjunto amplio de indicadores de adecuación y de cobertura de los hogares potencialmente demandantes de las rentas mínimas. En ambas dimensiones se aprecian diferencias muy marcadas en la protección ofrecida por cada comunidad autónoma. Éstas son aún superiores en el caso de la relación

entre el número de hogares beneficiarios de las prestaciones y de hogares sin ingresos. Mientras que algunas comunidades presentan ratios superiores a la unidad, en otras la relación no llega al 10%. En el primero de los grupos están el País Vasco, Asturias, Navarra y Cantabria[7]. A partir de estas comunidades se produce un salto muy importante, presentando sólo Cataluña entre las comunidades restantes una cobertura superior al 50%. En el resto de los casos, la cobertura es limitada, destacando los porcentajes inferiores al 10% de Castilla-La Mancha, Baleares, Murcia y la Comunidad Valenciana.

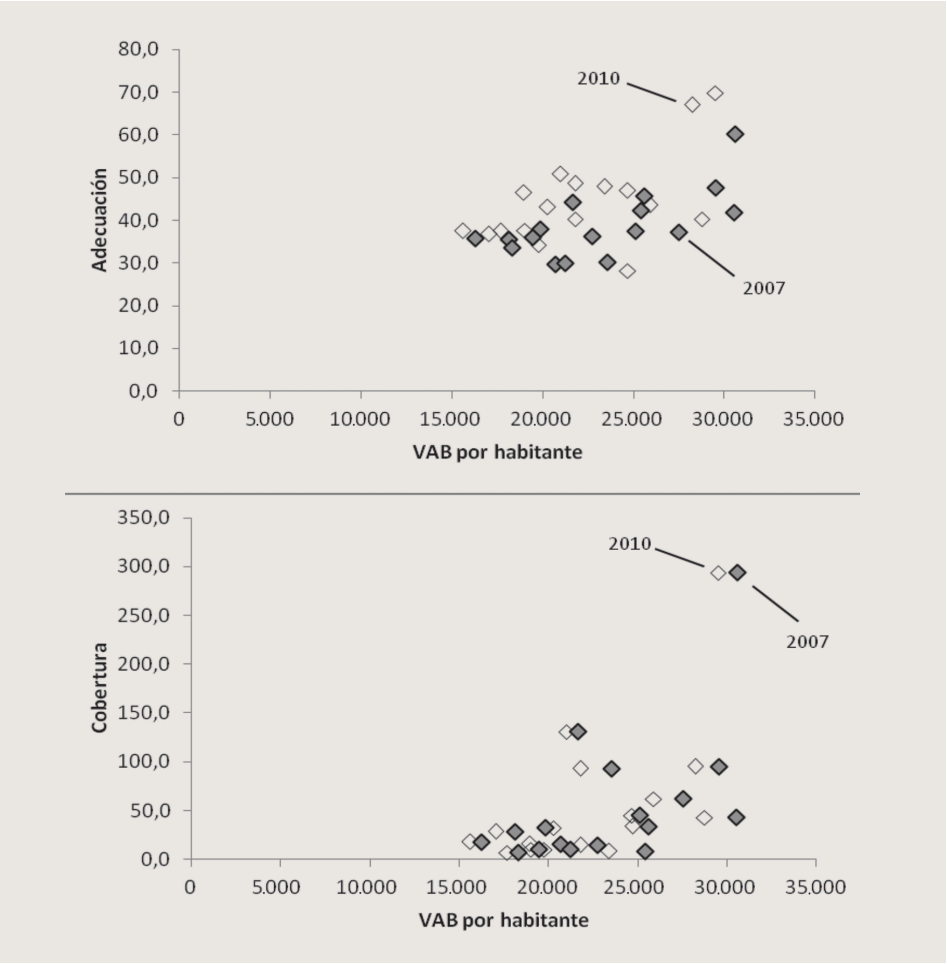
Cuadro nº 2. **INDICADORES DE COBERTURA Y ADECUACIÓN DE LAS RENTAS MÍNIMAS, 2010**

	Cobertura de los hogares sin ingresos	Indicadores de adecuación		
		Persona sola	Pareja dos hijos	Monoparental dos hijos
Andalucía	28,7	62,3	36,8	45,2
Aragón	33,8	70,0	47,0	61,6
Asturias	130,7	69,3	50,8	59,8
Baleares	8,6	62,9	47,9	59,0
Canarias	15,7	75,0	46,5	57,9
Cantabria	93,3	67,6	48,7	58,1
Castilla-La -Mancha	6,8	59,2	37,5	45,1
Castilla y León	14,7	63,4	40,3	49,1
Cataluña	61,7	65,7	43,6	51,8
Extremadura	17,6	63,4	37,4	46,0
Galicia	32,1	63,4	43,1	51,2
Madrid	42,9	59,6	40,2	52,8
Murcia	9,8	47,6	37,6	41,9
Navarra	95,1	100,5	67,0	81,7
País Vasco	293,8	103,2	69,8	91,6
La Rioja	44,8	59,2	28,9	37,0
Valencia	10,0	61,1	34,3	43,1
ESPAÑA	43,9	67,8	44,5	54,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Encuesta de Población Activa y Encuesta de Condiciones de Vida.

[7] En el caso del País Vasco, la legislación permite ofrecer cobertura a personas en situación de empleo con ingresos insuficientes.

Gráfico nº 8. **ADECUACIÓN Y COBERTURA SEGÚN EL VAB POR HABITANTE**



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Contabilidad Regional de España, Encuesta de Población Activa y Encuesta de Condiciones de Vida.

La estimación de indicadores de adecuación para distintos tipos de hogar también ofrece diferencias territoriales relevantes, aunque el rango de variación es inferior al de la cobertura. Salvo en el caso de Navarra y País Vasco, no existe correspondencia entre las correspondientes ordenaciones de las CC.AA. con los dos tipos de resultados. Si se toman como referencia las personas solas, aquéllas presentan niveles de adecuación casi equivalentes a la cobertura completa del umbral de pobreza, por encima incluso del nivel de suficiencia. Existen, sin embargo, varias comunidades que ofrecen niveles considerablemente por debajo del promedio de prestaciones, equivalente a algo más de dos tercios del umbral de pobreza. Este promedio cae considerablemente cuando se consideran hogares de mayor dimensión, lo que pare-

ce traslucir en el diseño de las rentas mínimas un reconocimiento implícito de economías de escala dentro del hogar que resulta excesivo. En algunos programas los complementos por otros miembros del hogar son muy bajos y, en algún caso, incluso nulos. En el caso de los hogares formados por una pareja con dos hijos varias CC. AA. apenas superan valores equivalentes a un tercio del umbral de pobreza.

¿Han aumentado las diferencias en la cobertura ofrecida en la crisis? ¿Han sido las CC.AA. con mayor renta las que han mostrado una respuesta más flexible al aumento de las necesidades sociales? Los trabajos que analizaron esta última cuestión antes de la crisis revelaron que las zonas con mayor renta media y menores tasas de pobreza presentaban mejores indicadores de adecuación y cobertura. Desde los primeros momentos de desarrollo de estos programas ha existido un serio problema de inequidad horizontal, que va más allá de las particularidades institucionales de cada programa y que se manifiesta en las desventajas que acumulan los ciudadanos más pobres de las regiones con rentas inferiores a la media nacional.

Los datos disponibles posteriores al inicio de la crisis parecen indicar que no ha habido grandes cambios en la relación entre el nivel medio de riqueza de cada comunidad autónoma, aproximado por el valor añadido bruto por habitante, y los indicadores de adecuación y cobertura. En relación a los primeros destaca el mantenimiento de una cierta relación lineal entre el VAB regional y el nivel de adecuación, así como un leve aumento en la crisis de los niveles de adecuación de las prestaciones[8]. Aunque algunas CC.AA. aumentaron las cuantías pagadas, una parte importante de este efecto se debe a un crecimiento muy reducido de los umbrales de pobreza, que en alguno de los años del período de crisis registraron un crecimiento negativo en términos nominales. Existen, sin embargo, factores que matizan la linealidad de la relación descrita. Navarra y el País Vasco presentan niveles de adecuación muy superiores al resto, con un aumento, además, de esa distancia en la crisis. Destaca también que hay CC.AA. con alto nivel de renta con niveles de adecuación relativamente bajos. La suficiencia de las prestaciones en Madrid y Cataluña, por ejemplo, es inferior a la del promedio de rentas mínimas autonómicas.

Un cuadro similar es el que se desprende de la relación entre el VAB regional y la cobertura ofrecida de los hogares sin ingresos. Sobresale, en primer lugar, que los indicadores de cobertura han sufrido pocos cambios en la crisis, lo que permite emitir un juicio positivo sobre la respuesta de los programas, al no reducirse la cobertura ante el espectacular aumento del volumen de hogares elegibles en los programas. En el plano negativo cabe citar, sin embargo, una relación con el nivel medio de riqueza más evidente que en el caso de la adecuación. Aunque hay excepciones importantes, las CC. AA. con menor nivel de riqueza ofrecen, en general, una cobertura considerablemente inferior a la de aquellas con mayores posibilidades presupuestarias.

---

[8] Se toma como referencia la prestación correspondiente a una pareja con dos hijos.

5. CONCLUSIONES

La severidad y la prolongación de la recesión económica iniciada en el último trienio de la pasada década han dado origen a un aumento sin precedentes de los problemas de insuficiencia de ingresos en España. Siendo varias las cuestiones para el análisis derivadas de la emergencia de situaciones de pobreza, algunas de las más relevantes son las relacionadas con la distribución territorial de los nuevos riesgos y la respuesta de la iniciativa pública. En este trabajo se han revisado algunos de los cambios en la pobreza y en otros indicadores representativos de la insuficiencia de ingresos, con un especial énfasis en las diferencias territoriales, así como la respuesta general de los sistemas de garantía de ingresos en España y la más específica de los programas de renta mínima de las comunidades autónomas.

Del cálculo de indicadores que miden el alcance de las nuevas situaciones de pobreza destaca, en primer lugar, que algunos de los filtros informales de protección, como la distribución intrafamiliar del desempleo, que en crisis anteriores sirvieron para amortiguar el efecto del paro sobre la pobreza, no han tenido la misma capacidad en la actual recesión. La tasa de paro de la persona principal del hogar y el porcentaje de hogares en los que todos los activos están en paro han mostrado una evolución muy negativa, alcanzando su máximo histórico en un intervalo temporal muy breve. No es extraño, por tanto, que las situaciones de pobreza hayan aumentado de manera singular. En contraste con la resistencia a la baja de las tasas durante el período de bonanza económica, la incidencia de la pobreza creció en más de dos puntos en sólo dos años. Destaca el crecimiento de la pobreza severa, con un drástico aumento en el período de crisis, quebrando la tendencia a la reducción mantenida durante décadas.

Desde la perspectiva territorial, el resultado más destacado es la persistencia de notables diferencias entre las comunidades autónomas en los problemas de desempleo y pobreza, aproximada ésta a través de la restrictiva noción de la ausencia de ingresos. En el caso de los hogares sin ingresos, los resultados presentados confirman la existencia de situaciones muy diferentes en cada comunidad autónoma, con un rango considerablemente más amplio que el de las tasas de desempleo. Destaca que mientras que en algunas comunidades el aumento de la incidencia de este problema ha sido moderado, en otras se han alcanzado las cotas máximas de las tres últimas décadas.

La respuesta general del conjunto de subsistemas de garantía de ingresos ha sido muy importante en términos cuantitativos. El número de unidades beneficiarias supone en la actualidad el máximo histórico en el volumen de prestaciones, muy por encima del registrado en la última recesión (1992-94). No obstante, tal aumento no debe ocultar algunas lagunas importantes en la respuesta a la crisis, dado que las figuras creadas para intentar aliviar los problemas económicos suscitados por la prolongación del desempleo se han mostrado muy limitadas para dar cobertura al aumento de esta problemática.

Los programas autonómicos de rentas mínimas no han sido ajenos a esta evolución, con un crecimiento sin precedentes de las cifras de beneficiarios en la crisis, pasando de algo más de cien mil unidades beneficiarias en 2007 a casi duplicar esa cifra tres años después. Tal crecimiento no se ha repartido, sin embargo, de manera homogénea entre las comunidades autónomas. Cabe citar, además, un cierto aumento de la desigualdad en las cuantías ofrecidas, aunque ya antes de la crisis se había registrado una tendencia muy marcada de incremento de la desigualdad en la protección económica ofrecida.

De la evolución de las rentas mínimas en la crisis se desprende, en cualquier caso, una variedad de efectos de distinto signo. Si bien se ha mantenido un modelo territorial muy fragmentado en la atención de las situaciones de insuficiencia de ingresos, no han aumentado drásticamente las diferencias en la protección que reciben los hogares pobres en distintas zonas del territorio. Se ha dado también una respuesta importante de los programas, con una acogida sin precedentes de los hogares con dificultades económicas. Parece difícil, sin embargo, que la cobertura pueda mantenerse en el tiempo, dada la tendencia de aumento del desempleo y el arraigo de restricciones presupuestarias muy severas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRIBA, A. y GUINEA, D. (2008): «Protección social, pobreza y exclusión social: el papel de los mecanismos de protección de rentas». En Renes, V. (coord..): *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.

AYALA, L., CANTÓ, O. y MARTÍNEZ, R. (2011): «El impacto de la crisis en la pobreza y la desigualdad». En Laparra, M. y Pérez Eransus, B. (coords.): *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.

AYALA, L., CANTÓ, O. y RODRÍGUEZ, J.G. (2011): «Poverty and the business cycle: The role of intra-household distribution of unemployment», ECINEQ Working Paper nº222, 2011.

AYALA, L. y PÉREZ, C. (2005): «Macroeconomic Conditions, Institutional Factors and Demographic Structure: What Causes Welfare Caseloads?», *Journal of Population Economics* 18, 563-581.

BITLER, M.P. y HOYNES, H. (2010): «The State of the Social Safety Net in the Post-Welfare Reform Era», Brookings Papers on Economic Activity 41, 71-147.

GARCÍA SERRANO, C. y MALO, M.A. (2008): «Mercado de trabajo». En Arriba, A. (coord.): Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social. Madrid: Fundación FOESSA.

GROGGER, J. (2004): «Welfare transitions in the 1990s: The economy, welfare policy, and the EITC», *Journal of Policy Analysis and Management* 23, 671-695.

HAVEMAN, R. y J. SCHWABISH (2000): «Has Macroeconomic Performance Regained Its Antipoverty Bite?», *Contemporary Economic Policy* 18, 415-27.

LAPARRA, M. (2005): La travesía del desierto de las rentas mínimas en España». *Documentación Social* 135, 57-76.

— (2011): «Los huecos de la protección social en España». En Laparra, M. y Pérez Eransus, B. (coords.): *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*. Madrid: Fundación FOESSA.

MARTÍNEZ, R. (2010): «Pobreza y privación material en España en el período 2004-2008: del auge económico al inicio de la recesión», Fundación Alternativas, Documento de trabajo 165/2010.

Descentralización de los sistemas sanitarios europeos: ¿entre la innovación y la eficiencia?

La sanidad es una de las principales políticas públicas en el ámbito europeo cuya gestión se ha descentralizado a niveles subestatales. No obstante, dadas las complejidades de la financiación sanitaria, hay que resaltar las enormes limitaciones que acompañan a la investigación económica sobre los efectos de la descentralización sanitaria, en particular, sobre desequilibrios verticales y horizontales. El presente artículo intenta ofrecer una perspectiva e interpretación de la copiosa literatura en esta área. Los estudios sobre los que se basa el articulo apuntan a la existencia de un dividendo asociado a la descentralización sanitaria, y en especial mejoras en la innovación de programas específicos y, en menor medida, mejoras de equidad y eficiencia a largo plazo. No obstante, en la mayoría de los sistemas sanitarios descentralizados persisten problemas de diseño, especialmente algunos desequilibrios verticales que dan lugar a los llamados «déficit sanitarios», cuando las restricciones presupuestarias subcentrales son percibidas como débiles. *Sensu contrario*, la experiencia descentralizadora parece indicar un efecto reductor que disminuye los desequilibrios fiscales horizontales.

Europa mailan osasuna da kudeaketa estatuz azpiko mailetan deszentralizatuta duen politika publiko nagusietako bat. Hala eta guztiz ere, osasun-finantzaketa oso konplexua denez, muga nabarmenak daude osasunaren deszentralizazioaren eraginei buruzko ikerketa ekonomikoetan, batez ere desoreka bertikal eta horizontalei dagokienez. Artikulu honen helburua da eremu honetan dagoen literatura ugariari buruzko ikuspegia eta interpretazioa eskaintzea. Azterlanek azaltzen dute hobekuntzak egon direla osasun-sistemako berariazko programetan eta, neurri txikiagoan, epe luzerako eraginkortasunean. Dena den, deszentralizatutako osasun-sistema gehienek diseinu arazoak dauzkate, bereziki desoreka bertikal batzuk, «osasun defizitak» izenekoak eragiten dituztela azpizentraleko aurrekontu-murrizketak ahulak direla antzematen denean. Sensu contrario, deszentralizazioaren eskarmentuak eragin murriztailea islatzen du, zerga-desoreka horizontalak murrizten baititu.

Health care is one of the main public policy areas in which management has been decentralised at sub-state level in Europe. However, given the complexities of health care funding, economic research into the effects of such decentralisation, and particularly into vertical and horizontal imbalances, comes up against considerable limitations. This article seeks to offer an interpretation of the large body of literature on this area The studies reviewed show improvements in innovation in specific health care system programmes and improvements in equity and long-term inefficiency, albeit to a lesser extent. However most decentralised health-care systems continue to suffer from design problems, particularly vertical imbalances, which give rise to so-called «healthcare deficits», when sub-central budget constraints are perceived as weak. On the other hand, experiences of decentralisation seem to indicate that there is a reducing effect that decreases horizontal fiscal imbalances.

Joan Costa i Font
London School of Economics and Political Science (LSE)

Índice

1. Introducción
2. Federalismo fiscal en Sanidad
3. Descentralización sanitaria en Europa
4. Conclusión
Referencias bibliográficas

Palabras clave: descentralización, federalismo fiscal, sanidad, Europa.
Keywords: descentralization, fiscal federalism, health, Europe.

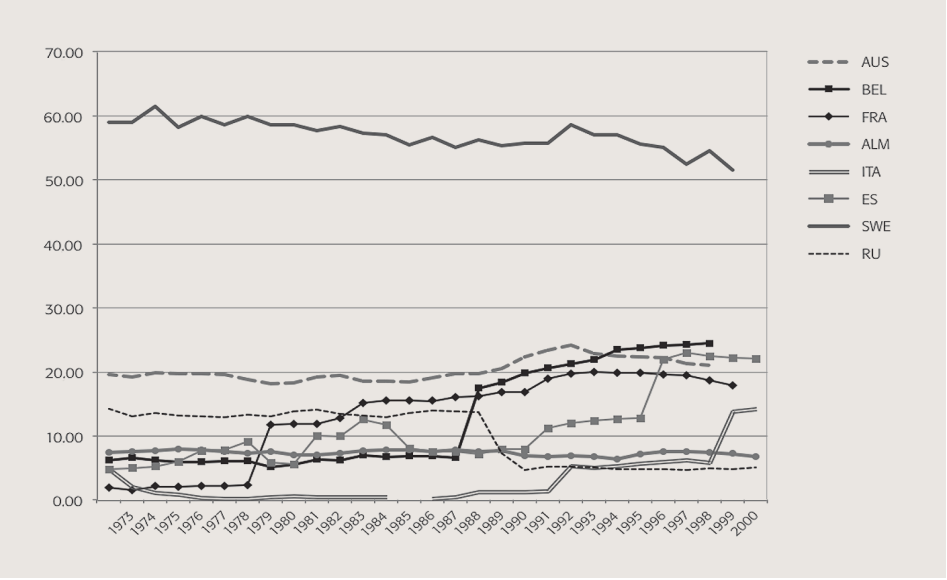
Nº. de clasificación JEL.: I 18, H51.

1. INTRODUCCIÓN

Posiblemente la sanidad sea hoy en día la competencia del ámbito de la política pública que más frecuentemente se ha descentralizado hacia gobiernos subcentrales en Europa. Incluso en EE.UU. ha habido una expansión de los programas federales sobre atención médica y sobre gastos, que ha sido acompañada de una expansión de los fondos subcentrales (Baicker y Skinner, 2010). Por esta razón, es aquella de la que los estudiosos de la descentralización podemos aprender más. Con el fin de ilustrar el proceso descentralizador, el gráfico nº 1 nos muestra el porcentaje de ingresos fiscales que gestionan los gobiernos subcentrales, cuya evolución es utilizada por los economistas para medir lo que podría denominarse «autonomía fiscal». En este sentido, el gráfico nos muestra en primer lugar a Suiza, dado su «modelo federal competitivo», el más descentralizado de Europa, con algo más de un 50% de los ingresos tributarios en manos subcentrales. Le siguen países como Bélgica, España, Italia e incluso Francia, en los que se observa un importante crecimiento, especialmente a partir de finales de los años ochenta. Ello contrasta con una evolución más modesta de los llamados «modelos federales cooperativos», tales como el Alemán o Austriaco. No obstante, para comprender las consecuencias de este fenómeno en el ámbito sanitario, es preciso estudiar sus acciones, tanto sobre los gastos como sobre los ingresos de los gobiernos subcentrales y, en especial, en qué medida se ajustan sus

planteamientos de gasto a sus restricciones presupuestarias. A su vez, ello implica comprender su contribución sobre la innovación organizativa, en caso de que exista, en el desarrollo de servicios públicos y, específicamente, en la eficiencia dinámica del sistema sanitario.

Gráfico nº 1. **INGRESOS PROPIOS DE LOS GOBIERNOS SUBCENTRALES EN EUROPA (EN %)**



Fuente: Stegarescu, 2005.

La tendencia descentralizadora es consistente con la evidencia derivada de encuestas de opinión pública (Eurobarómetro) que sugieren que *la gran mayoría de la población europea cree que los niveles intermedios o regionales de gobierno son los más adecuados para la gestión de los servicios sociales, tales como salud y educación*. Tal aseveración aporta una «tendencia especial al fenómeno descentralizador» que es consistente con un progresivo aumento de las responsabilidades política y fiscal de los Estados de bienestar. Pero antes de adentrarnos en los efectos de la descentralización en sanidad, es preciso matizar algunas consideraciones conceptuales y de medición que desarrollaremos a lo largo de este artículo.

1.1. **Algunas consideraciones conceptuales y de medición**

En la literatura el término descentralización tiene diversos significados, si bien en este trabajo interpretamos la descentralización en el marco de la literatura sobre

federalismo fiscal, es decir como *proxy* para la autonomía política y fiscal de los gobiernos subcentrales (Oates, 1985)[1]. Se define como la capacidad de los gobiernos subnacionales para ejercer control sobre la regulación, el empleo, y también en el ejercicio de funciones impositivas y de gasto. En otras palabras, la capacidad de ejercer decisiones políticas y modificar el tipo impositivo y la base imponible de los impuestos que se encuentran en su ámbito de transferencia. En este sentido, aquellos estudios que solamente examinan el porcentaje del gasto o de ingreso descentralizado, no estarían identificando bien los efectos de la descentralización, ya que estas serían medidas imperfectas de la autonomía. En efecto, no todo el gasto público que realizan los gobiernos subcentrales es el resultado de decisiones de los gobiernos subcentrales, ya que a menudo responden a transferencias o subvenciones condicionadas, tal como ocurre en el Reino Unido y España. Por otra parte, aunque existan transferencias de competencias, las leyes de base o de coordinación pueden limitar el ejercicio de las competencias de los gobiernos subnacionales (por ejemplo, el caso de Italia con las leyes marco, o en el caso de España con algún proyecto de ley de coordinación o las resoluciones de los tribunales limitadoras de competencias). Por tal motivo, si bien aparentemente la descentralización parece fácil de medir y estudiar, la realidad evidencia que una buena parte de los trabajos realizados carecen de la precisión necesaria para identificar el fenómeno.

Una interpretación más reciente, respecto a cómo los economistas ven la descentralización radica en la consideración de la llamada «agencia política». Específicamente la descentralización hace más transparente la relación de agencia política entre los ciudadanos y sus gobiernos (Besley, 2006). En este sentido, cabe diferenciar entre lo que podría llamarse federalismo formal (o jurídico) respecto al federalismo informal, este último seria el caso español o británico donde existen relaciones interjurisdiccionales independientemente de la existencia de un estado federal[2]. Ambas modalidades producen efectos comparables, si bien solamente operan en un sentido pleno en los estados federales dotados de poderes estatales propios, cuya operativa es similar al derecho de propiedad en un mercado. Ello es así porque en los estados federales los gobiernos centrales no pueden legalmente invadir las responsabilidades descentralizadas. En cambio, en aquellos países que adoptan la forma constitucional de Estados unitarios, el Estado central puede ejercer una actividad invasora de competencias y fácilmente puede limitar la autonomía a través de la promulgación de leyes marco o sistemas de financiación que restringen la actividad innovadora y con ello la diversidad del sistema sanitario. Este último es el caso de España e Italia.

---

[1] Existen otras definiciones en la literatura que se asemejan a procesos de delegación de competencias, pero que no son objeto de este artículo.

[2] El primero, responde a una decisión constitucional, mientras que este último es el resultado de la negociación política llevada a cabo, ya sea antes o después de la constitución de un país, independientemente de la forma jurídica federal del Estado.

Otra consideración importante a realizar es la de recordar que las propuestas de descentralización tienden a estar asentadas en argumentos económicos. Tales argumentos se sintetizan en las propuestas del llamado federalismo fiscal de primera generación (Tiebout, 1956, Oates, 1972) que se basan en la existencia de efectos competitivos derivados de la movilidad de factores en países calificados como heterogéneos en el ámbito de preferencias y necesidades respecto de las propias necesidades de políticas públicas. Así, una gestión descentralizada permite ofrecer un abanico de opciones, denominado «*preference matching*», para que los ciudadanos se agrupen en aquellas regiones donde los servicios se ajustan a sus preferencias. Las limitaciones a la descentralización se refieren a las pérdidas de dimensión por el hecho de que al reducir la dimensión en la que se prestan servicios sanitarios, se genera un coste evaluado como pérdida de economías de escala[3].

Más recientemente, a los mecanismos competitivos derivados de la descentralización de un servicio esencial, tal como es la sanidad, se le añade reconocer que las decisiones políticas están sujetas a una relación de agencia política que puede mejorar con la descentralización. Ello es posible gracias a la existencia de diferentes agentes en el territorio, la posibilidad de comparar sus acciones y de penalizar electoralmente al gobernante por sus políticas menos satisfactorias. Con tales reflexiones nos introducimos en los argumentos políticos de la descentralización, es decir, en la necesidad de satisfacer identidades y preferencias heterogéneas (p.ej. una diferente valoración de determinados tratamientos farmacológicos, o la valoración de los beneficios atribuidos a la atención sanitaria en un idioma distinto al oficial). También, la descentralización da una solución a las demandas políticas de las élites económicas cuando están dispersas en el territorio (caso de Alemania, Italia o España).

El conjunto de propuestas que integran los argumentos políticos en el marco general del modelo económico, dan lugar al llamado federalismo fiscal de «segunda generación», donde se destacan los incentivos políticos asociados a la descentralización, siendo paradigma de ello el ámbito de la sanidad. Posiblemente, una de las consecuencias que conlleva la descentralización política de la sanidad es la creación y consolidación de ciclos políticos regionales paralelos a los ciclos políticos estatales[4].

---

[3] Ello justifica que, a menudo, el Estado central se adjudique algunos servicios donde los beneficios de escala son evidentes, tales como, la autorización de nuevos productos o el establecimiento de precios de medicamentos. No obstante, incluso en este último caso es posible ofrecer fórmulas de participación subcentral o descentralizar dicha competencia a algunos Estados con una dimensión suficiente.

[4] Tales ciclos políticos a menudo se solapan con los ciclos estatales, lo que reduce la eficiencia de la descentralización (Costa-Font, 2009), si bien la prevención respecto a que las elecciones en los parlamentos regionales no fueran tomados en serio podrían explicar la coincidencia de elecciones autonómicas con otros procesos electorales, aumentando así la capacidad de manipulación del ciclo electoral regional.

1.2. **Objetivos**

Este artículo tiene como objetivo principal ofrecer una revisión conceptual y descriptiva de las principales cuestiones que aparecen en la descentralización de las competencias sanitarias, tanto desde la perspectiva teórica como a partir de algunas experiencias significativas de países europeos que han experimentado la descentralización en este ámbito competencial. Se argumenta que la descentralización responde a un diseño institucional para legitimar y fortalecer el papel del Estado frente al mercado y haciéndolo, a su vez, más sensible a las demandas, a menudo regionalmente heterogéneas, de la ciudadanía. No obstante, para que los beneficios de la descentralización tengan el efecto deseado es necesario el diseño institucional de incentivos económicos y políticos aplicables sobre la eficiencia y la innovación. Ello presupone que la demanda de descentralización esté motivada de una voluntad de autogobierno, más allá de la búsqueda de poder de decisión por parte de las élites políticas. Se observa cómo los efectos competitivos derivados de la descentralización sanitaria pueden repercutir positivamente en el sistema sanitario en su conjunto en términos de innovación, equidad y eficiencia, si bien persisten desequilibrios importantes que apuntan a la necesidad de introducir mejoras en el diseño institucional.

La estructura de este trabajo es la siguiente: en el apartado segundo, desarrollado a continuación, se describe las principales cuestiones teóricas acerca de la descentralización de políticas sociales y, especialmente, en el ámbito de la sanidad. En el apartado tercero, se ofrece una evidencia agregada de los cambios de las estructuras institucionales en los sistemas sanitarios en Europa, y aporta una discusión al respecto. Finalmente, en el apartado cuarto se presenta la conclusión sobre el trabajo.

2. **FEDERALISMO FISCAL EN SANIDAD**

2.1. **Motivaciones y críticas a la descentralización**

No cabe duda que de la evidencia europea puede concluirse que la descentralización no tiene un único objetivo sino varios, los cuales a veces están interrelacionados entre sí (Costa Font y Greer, 2012). Hacemos referencia a ejemplos existentes en algunos países: tal es el caso de la expansión del Estado de bienestar (desarrollado en Suecia) o un esfuerzo por democratizar la Administración pública (por ejemplo, Francia, España o Polonia), así como la necesidad de satisfacer las identidades regionales específicas y ciertas preferencias determinadas por un desarrollo económico distinto, tal como sucede en Italia, Reino Unido, Bélgica y España.

Ciertamente, muchos de los servicios incluidos en el catálogo de servicios sanitarios de un país desarrollado, con la excepción de algunas competencias en materia de salud pública (p.ej. vacunas y gestión epidemiológica), pueden ser ejercidas re-

gionalmente con sensibles mejoras en la eficiencia. Ello es posible porque las necesidades específicas de información tiende a dispersarse en el territorio, en tanto que la heterogeneidad regional de preferencias a satisfacer tiende a aumentar en territorios más extensos (p.e Reino Unido, Alemania, Italia, España etc). Por otro lado, las necesidades de salud distan mucho de ser regionalmente homogéneas, por lo que la identificación del catalogo de prestaciones eficientes a nivel nacional, puede ser una tarea complicada. En otras palabras, una asignación centralizada comportaría un coste de eficiencia para los contribuyentes que no se produciría bajo un gobierno descentralizado.

Sin embargo, los más escépticos en relación a la gestión descentralizada de la sanidad señalan que existen importantes limitaciones informativas en la capacidad de identificación de la calidad del servicio sanitario para los ciudadanos corrientes, incluso en el caso de estar bien identificados con cada nivel de gobierno, lo que conlleva la necesidad de intermediación tanto médica como política de tales necesidades. Ello sugiere que el diseño descentralizado debe intentar seguir un esquema sencillo de atribución de responsabilidades. Una pregunta a realizar es si la complejidad se plasma en un evento único o si puede perdurar en el tiempo y, en su caso, si puede generar ahorros de costes, cuestión que algunos estudios ya han identificado en tal sentido (Costa-Font y Moscone, 2008).

Otra fuente de criticas hace referencia a que la descentralización implica la introducción de otro nivel de gobierno en la prestación de asistencia sanitaria, en la que, a menos que las responsabilidades estén totalmente transferidas a los Estados de la región, pueden diluir los protocolos de rendición de cuentas. Tal situación puede darse especialmente cuando los Estados de la región carecen de miembros parlamentarios que se responsabilicen de sus políticas. De hecho algunos estudios han revelado que la descentralización puede ayudar realmente a diluir las responsabilidades y, por tanto, dar lugar a la reforma (Costa-Font, 2010). Por otro lado, a pesar de existir la posibilidad de movilidad interna en el territorio, los costes de movilidad dentro de un territorio en concreto pueden no ser lo suficientemente bajos para compensar los posibles beneficios que la movilidad ofrece en muchos de sus procedimientos. Si bien como señalamos a continuación a menudo no es necesaria la movilidad, sino el riesgo de movilidad para que la descentralización sea efectiva.

Otra de las críticas, emitidas con carácter general, se refiere a cuestionar el beneficio de la descentralización frente a un Estado central uniforme cuando las economías de escala se diluyen y, especialmente, cuando la descentralización aporta complejidad al sistema. Particularmente, en el periodo de transición de un modelo centralizado a otro descentralizados conduce a duplicidades y generación de costes potenciales. Finalmente, además de los beneficios de escala de la centralización, es importante mencionar las externalidades, tanto positivas como negativas, ya que pueden introducir variaciones en la escala óptima de gestión (Koethenbuerger, 2008) y que, a su vez, puede conducir a una subprovisión o sobreprovisión de bienes públicos.

2.2. **Efectos competitivos de descentralizar la prestación sanitaria**

Quizás el principal argumento a favor de la la descentralización sanitaria redunda en que el 75% del total de gastos de salud están financiados con fondos públicos (OCDE, 2009), lo que supone elegir a grandes rasgos entre un modelo monopolístico (centralizado) y otro competitivo (descentralizado). En efecto, una de las reformas más evidentes para mejorar la rendición de cuentas del sistema de salud consiste en la descentralización del gobierno, en base a sistemas de asignación de responsabilidades a nivel de gobierno «relativamente más eficiente» a los ojos del votante medio (Breton, 1996). Ello es así gracias a la naturaleza competitiva de las decisiones intergubernamentales bajo los gobiernos descentralizados (Breton, 1996), donde el votante tiende a premiar a los gobiernos que mejoran el bienestar del votante medio. Cuando hay más de un gobierno gracias a la descentralización, ello da lugar a la posibilidad de penalizar aquellos gobiernos más ineficientes.

A diferencia de otras áreas de responsabilidad del sector público, la sanidad esta sujeta a importantes asimetrías de información. Por ejemplo, la atención médica, a diferencia de los servicios de carácter educativo, se trata de un servicio intermedio prestados por agentes (en su caso, profesionales de la sanidad - médicos) y, por tal motivo, las dimensiones objetivas de calidad de los servicios de salud se filtran por mediación de estos agentes, que pueden compartir otras actividades con su función para propiciar el bienestar de los usuarios de los servicios sanitarios. Ello implica que los pacientes perciben y asumen unos criterios más transparentes para evaluar el desempeño del sistema de salud, incluyendo la amplitud de las listas y tiempos de espera, la burocracia y, en general, los resultados del proceso en que están relacionados y que no corresponden a la adecuación del tratamiento ni a la calidad de atención médico sanitaria.

No obstante, la creación de un sistema descentralizado no necesariamente genera los efectos competitivos deseados ya que cuando los titulares de las distintas regiones pertenecen a un mismo partido político, éstos podrían tener menos incentivos para competir y más a colisionar, pudiendo mitigar el efecto de la descentralización en el sistema de salud. En parte tales efectos competitivos a largo plazo son resultado de la existencia de innovación y cooperación. La experimentación a menor escala y, puede dar lugar a un incremento de la legitimidad del gobierno (Wildasin, 2008), si es capaz de producir mejoras de bienestar.

Otra limitación a la competencia deducida de los mecanismos clásicos (Oates, 1972) radica en el supuesto que los efectos competitivos aparecen gracias a la existencia de movilidad de los pacientes(Tiebout, 1956). No obstante, en poblaciones con escasa movilidad, como sería el caso de la mayoría de países europeos, es difícil imaginar que este mecanismo sea verdaderamente operativo. En su lugar, los incentivos más poderosos y esenciales radican en el grado de responsabilidad política y fiscal y, más concretamente, en la medida en que el diseño se asemeja a un mecanismo de competencia comparativa.

Junto con las incentivos fiscales a la competencia regional, existen otros mecanismos inhibidores de la competencia resultado de las acciones del gobierno central. En particular, nos referimos a los límites a la acción del gasto y las limitaciones a la regulación, lo que supone la existencia de invasiones mutuas de competencias que dan lugar a la llamada competencia vertical entre estado y autonomías (Costa-Fonty Rico, 2006). Piperno (2000) evidencia que en Italia, los parlamentos nacionales aún invaden las responsabilidades descentralizadas, de forma que el gobierno central veta frecuentemente las leyes regionales, lo que conduce a los conflictos de competencia cuya resolución tiende a resolverse en favor de los gobiernos centrales, lo cuales eligen de forma directa, o indirectamente a través de los parlamentos, a los miembros de el Tribunal Constitucional. Esta característica es a lo que nos referimos específicamente como «competencia vertical», que siguiendo el argumento, cuando está bien diseñada puede dar lugar a una expansión de la eficiencia del sistema de salud.

2.3. **Costes y claves del éxito**

En la descentralización de un sistema de salud se generan, a su vez, algunos costes. Un primer argumento al respecto radica en la necesidad de coordinar el sistema de salud, especialmente cuando se presume que la cooperación sea un objetivo difícil de lograr. Por su parte, las cuestiones sobre la igualdad fiscal y la garantía de un cierto nivel de cohesión regional o, en su caso, de la equidad necesaria en la atención de la salud, recomiendan la prestación de algún tipo de acción a nivel central. Por último, cabe tener en cuenta que alguna instancia de resolución de conflictos podría ser ejercida por parte del Estado central, y también en cierta medida, asumir algún tipo de representación de los sistemas sanitarios de los países en su conjunto.

Asimismo, uno de los costes potenciales propios de un sistema de gobierno descentralizado reside en la capacidad del gobierno central para transferir la responsabilidad de la acción política, lo que en la práctica supone endurecer las restricciones presupuestarias y no ofrecer expectativas de rescate en caso de déficit (Bordignon y Turati, 2009; Crivelli *et. al.,* 2010). Así, si los gobiernos subnacionales esperan recibir fondos adicionales en circunstancias de necesidad económica, tal expectativa debilita la restricción presupuestaria de los gobiernos subnacionales, que en lugar de ajustarse, se comportarán de forma estratégica.

Hoy en día, existe un consenso entre los estudiosos respecto a que la clave para el éxito de la descentralización está en el diseño institucional y que, en gran medida, se debe a los incentivos implícitos en la competencia regional. Concretamente, es previsible la observación de efectos competitivos en la medida en que el diseño de un modelo de descentralización es capaz de alinear la capacidad de premiar y de penalización política y también de la fiscalidad de cada nivel de gobierno del sistema de salud. No obstante, si el gobierno central no descentraliza la responsabilidad de la acción de política pública (es decir, los impuestos) y solamente

descentraliza los mecanismos de premio de las política sanitarias, es previsible que una mayor descentralización traiga una expansión del gasto público con efectos limitados en la eficiencia (Costa-Font, 2010). Esta última referencia se conoce comúnmente en la literatura como el problema de las «limitaciones presupuestarias blandas» o *soft budget constraints*.

Por otra lado, la falta de recursos propios subnacionales y, más específicamente, los límites a la expansión de instrumentos financieros para el pago por los servicios de salud reflejan una estrategia para la contención de costes, empleado con frecuencia por gobiernos centrales para impedir la expansión del gasto en salud (López-Casanovas, *et al.,* 2005), y con ello la capacidad de generar diversidad e innovación del sistema sanitario. En los casos referenciados no se puede observar un resultado de eficiencia generalizada debida a la descentralización del gobierno.

Finalmente, uno de los principales mecanismos que se derivan de la descentralización se materializa en los efectos sobre la gestión y la capacidad experimental a bajo coste (Costa-Font y Moscone, 2008). Un ejemplo clásico a referenciar es el de Alemania, donde el sistema de salud está centrado en seguros sanitarios implantados a nivel regional. Tal es el caso de la atención de la salud mental en España, tradicionalmente estudiado, donde la descentralización ha permitido la experimentación y, a su vez, la reforma a nivel regional y así superar la falta de un consenso suficiente (Costa-Font *et al.*, 2011).

3. DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN EUROPA

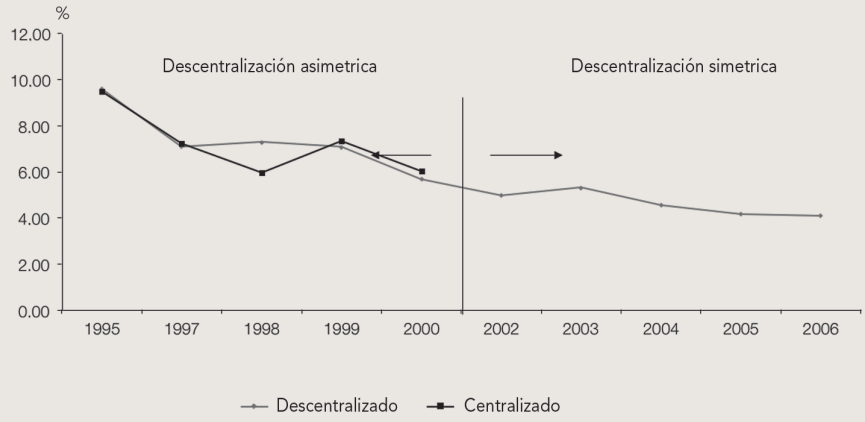
3.1. Condicionantes de la eficiencia

Los factores institucionales, tales como las restricciones políticas y sociales, jurídicas e históricas desempeñan un papel en la limitación de la eficacia de la descentralización fiscal. Una cuestión fundamental, sin respuesta en la literatura científica, hace referencia a si el federalismo es un dispositivo institucional para controlar el gasto o, en su lugar, responde a una estructura institucional que mediante la transmisión de las diferentes demandas, no consensuadas a nivel nacional, puede ampliar el nivel de actividad para legitimar su autonomía a nivel subcentral y con ello los gastos correspondientes al cuidado de la salud. La respuesta a esta cuestión se da en las líneas posteriores al analizar los diferentes incentivos existentes para la actividad y la aplicación de distintas fuentes de financiación.

Los gobiernos más cercanos al ciudadano, o que han recibido competencias recientemente, tienden a centrarse en buscar el apoyo y la satisfacción de la ciudadanía y por lo tanto, buscar el apoyo de las nuevas políticas que los hacen más eficientes con respecto a otros niveles de acción política y con ello aumentar la probabilidad de ser recompensados electoralmente (Seabright, 1996). El gráfico nº 2 muestra evidencia de ello en España, donde se muestra que la descentralización ha reducido el

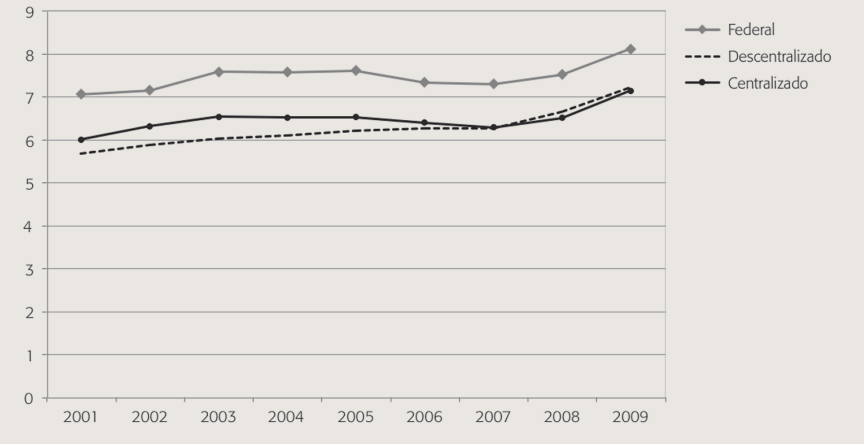
nivel de insatisfacción respecto al sistema sanitario, con una tendencia a la baja, especialmente a partir de 2001, cuando se produjo la transferencia de competencias sanitarias a todas las CCAA.

Gráfico nº 2. **PERCEPCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO (PREGUNTA: ¿EL SISTEMA SANITARIO ESTÁ TAN MAL QUE DEBERÍA REHACERSE COMPLETAMENTE?)**



Fuente: Barómetro Sanitario.

Gráfico nº 3. **GASTO SANITARIO RELATIVO AL PIB (EN %) POR LA FORMA CONSTITUCIONAL DE LA SALUD**



Fuente: OECD, 2011.

Por otra parte, en el gráfico nº 3 se muestra la tendencia del gasto sanitario de diferentes países con estructura organizativa y constitucional de tipo federal (descentralizados) o de estados unitarios (centralizados). El gráfico sugiere que los sistemas sanitarios centralizados y descentralizados presentan pautas de crecimiento similar, mientras que los países en que están organizados como Estados federales muestran un gasto relativo superior a un 1% del PIB, si bien, los patrones de gasto parecen revelar una evolución similar en el tiempo, ya que el principal motor del gasto, la innovación sanitaria, es esencialmente el mismo.

3.2. **Desequilibrios verticales**

Es muy posible que uno de los problemas más identificadores de los gobiernos descentralizados radique en el diseño de incentivos que afectan a la diversidad y la competencia. Al respecto, hay un conjunto de características a tener en cuenta, entre las que se deben incluir las siguientes:

En primer lugar, las restricciones presupuestarias no deben ser percibidas como restricciones presupuestarias blandas, tal como sucede en algunos países europeos. Es decir, la existencia de un «pool de riesgos» común puede generar la creencia entre los gobernantes de que algunas autonomías pueden desarrollar «expectativas de rescate» por parte del gobierno central con las que expandir sus déficit públicos. En este último escenario, se generan importantes incentivos perversos que generan una expansión del gasto. La teoría del federalismo fiscal predice que las mejoras en la eficiencia de asignación se derivan de la existencia de asignaciones bajo restricciones de gasto «estrictas» y, en tal caso, los impuestos propios deben ser la principal fuente de ingresos (generalmente a complementar con subvenciones de nivelación). En este sentido, resulta interesante comprobar en sistemas sanitarios financiados por cotizaciones a la Seguridad social los estados pueden vetar los aumentos de impuestos, pero, no pueden vetar la expansión de las contribuciones a la Seguridad social, que en la práctica podría conducir en un ámbito federalista a la expansión del gasto. Este es el caso específico de Alemania (Costa-Font y Greer, 2012). Así pues, el federalismo institucionalizado, puede ser visto como una de las razones que sustentan los patrones de gasto a que se ha hecho referencia anteriormente.

En segundo lugar, los gobiernos subnacionales deben tener los recursos adecuados para ejercer sus actividades, e incluyen un cierto nivel de recursos propios a adjudicar de los ingresos o la asignación de gastos públicos para mejorar el sistema de salud. Si los ingresos del gobierno subcentral no son suficientes para ejercer las competencias transferidas, propician en tal caso los desequilibrios verticales fiscales. Tales desequilibrios fiscales son comunes en todos los países, tanto en los Estados unitarios como en las federaciones. Este desequilibrio se corrige mediante el uso de transferencias, que pueden ser discrecionales y, consecuentemente, políticamente manipulado, o sobre la base de una fórmula de asignación para produ-

cir ajustes por la diferencia de necesidades y de riesgo a través de los gobiernos subnacionales.

Sin embargo, los países difieren entre sí respecto de la financiación en coste de la atención sanitaria, ya sea basada en una fórmula de asignación presupuestaria específica, o en su lugar es parte de los fondos generales que se asignan a los gobiernos subnacionales. En general, cuanto más transparente y general sea la financiación de los gobiernos subnacionales más probable es que se fomente la planificación financiera y la eficiencia.

En tercer lugar, junto con los desequilibrios verticales, se pueden identificar los efectos de las externalidades, o efectos de contagio, entre los gobiernos regionales, que responden a fenómenos que exceden el ámbito jurisdiccional del gobierno regional. Ello hace suponer que los efectos sobre la productividad de los programas de salud podrían extenderse a otras jurisdicciones que no necesariamente los han financiado. Su materialización está condicionada a la existencia de movilidad, por la circunstancia de que las personas que trabajan en una jurisdicción colindante pueden plantearse lo que se conoce como el «voto con los pies» (o con la movilidad territorial). Por otra parte, las externalidades negativas suelen ser internalizadas a través de los mecanismos de coordinación. Si bien el coste de la coordinación es elevado, se presenta como única opción viable cuando los costes de transacción no son lo suficientemente pequeños para la promoción de mecanismos de cooperación, que son en la mayoría de los casos los más deseables, (Breton y Scott, 1978).

En todos aquellos países que cuentan con sistemas descentralizados de salud, las transferencias representan una gran parte del presupuesto de ingresos de los gobiernos subcentrales (OCDE, 2009). Las transferencias intergubernamentales son vistas como un medio complementario de la financiación para hacer frente a la existencia de externalidades y a desequilibrios de tipo vertical y horizontal. En este sentido, son un mecanismo fundamental para garantizar un cierto nivel de redistribución regional y a la vez como un mecanismo de aseguramiento ante *shocks* específicos regionales (p. ej. epidemias) y con ello poder llegar a promover la innovación cuando existen límites en la capacidad de los subestados para invertir en innovación. No obstante, si las transferencias no contienen correcciones fiscales que incentiven el esfuerzo fiscal o a la innovación a nivel subcentral, inevitablemente dan lugar a problemas de azar moral.

Una de las regularidades empíricas más documentadas sobre la literatura del federalismo fiscal es, precisamente, el efecto *flypaper* (Hines y Thaler, 1995; Gamkhar y Shah, 2007) que hace referencia al efecto estimulante que se observa como resultado de la financiación vía subvenciones incondicionales en el gasto del gobierno, ya que crean un efecto renta sin modificar la eficiencia en la toma de decisiones. Por lo tanto, el diseño de un sistema descentralizado de salud debe tener en cuenta las con-

secuencias indeseables de la falta de coincidencia entre las responsabilidades políticas y fiscales.

Otra característica que puede provocar una deficiente gestión financiera es la mencionada expectativa de rescate en caso de apuros financieros, ya sea directa o indirectamente, pero sobre todo mediante mecanismos de compensación fiscal. Los regímenes fiscales de estabilización existen en casi todos los países descentralizados y van desde el 3% del PIB en Suiza, Finlandia y España, a un 1% en Grecia y a un 2% en Alemania (OCDE, 2009).

Por último, uno de los costes potenciales de un sistema de gobierno descentralizado reside en la capacidad del gobierno central para reducir las expectativas de rescate (Bordignon y Turati, 2009; Crivelli *et al.,* 2010). Si los gobiernos subnacionales esperan recibir fondos adicionales, esta expectativa debilita la restricción presupuestaria y da lugar a que se comporten de forma estratégica, es decir, los Estados tendrán incentivos para incurrir en déficit con la expectativa de rescate.

3.3. **Desequilibrios horizontales**

De la misma manera que existen desequilibrios entre las competencias y los recursos existentes entre diferentes niveles de gobierno, es posible identificar diferencias o desviaciones en recursos entre gobiernos que se encuentran al mismo nivel competencial. Son denominados comúnmente como desequilibrios horizontales y en literatura de políticas públicas suele denominarse «desigualdades territoriales».

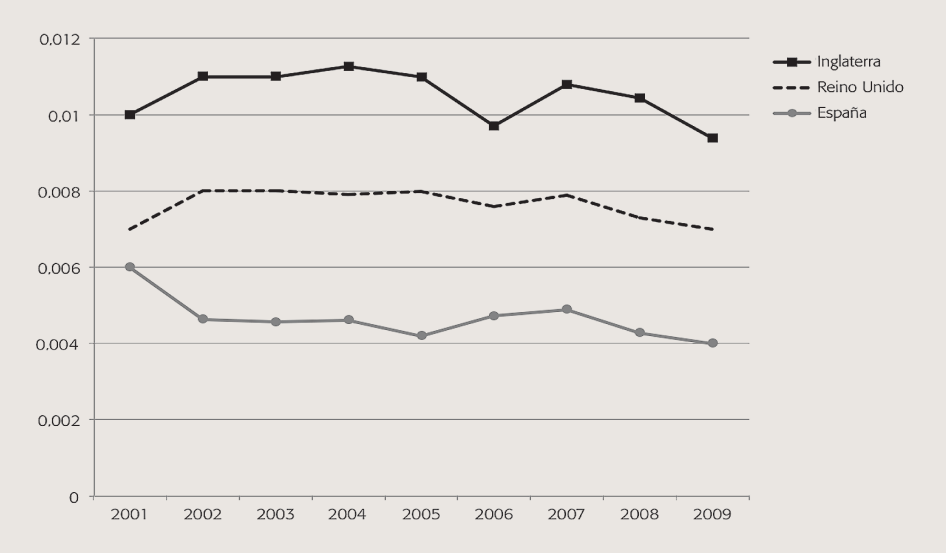
La autonomía fiscal no debe estar necesariamente en contradicción con la existencia de formas de compensación y redistribución territorial. Por ejemplo, el diseño de un sistema descentralizado puede compensar desequilibrios a través de subvenciones de nivelación (Oates, 1999), lo que supone incentivos de eficiencia, pero a su vez, la garantía de la equidad territorial. Los criterios para dilucidar la cuantía de estas subvenciones pueden ser objeto de largos debates, especialmente en sanidad, donde existen importantes dificultades para la medición de la necesidad sanitaria y el ajuste de riesgos. No obstante, la diferencia entre sistemas sanitarios centralizados y descentralizados está normalmente en los incentivos políticos a la mejora del sistema. Ello explica que aunque los programas sanitarios tengan un diseño uniforme, como en el caso de Inglaterra, sus efectos difieren en el territorio.

El gráfico nº 4 ofrece evidencia de las desigualdades territoriales en Inglaterra, uno de los sistemas sanitarios más centralizados de Europa. Las desigualdades, medidas por el coeficiente de variación del gasto sanitario público per cápita regional no ajustado, se han mantenido prácticamente constantes y en niveles que doblan las desigualdades regionales en España, donde la gestión sanitaria esta descentralizada a nivel regional. En cambio, cuando las regiones de los otros países que conforman el Reino Unido se incluyen en el análisis, las desigualdades se muestran inferiores en

un 20%. Estos resultados, no hacen más que confirmar lo que algunos estudios previos ya evidenciaban (López-Casasnovas *et al.*, 2005).

La descentralización puede servir como mecanismo para adaptar la política pública a las necesidades específicas del territorio y, aunque resulte paradójico, con ello reducir las desigualdades regionales (Costa-Font, 2010).

Gráfico nº 4. **DESEQUILIBRIOS VERTICALES (COEFICIENTE DE VARIACIÓN DEL GASTO SANITARIO PER CÁPITA NO AJUSTADO)**



Fuente: ONS, 2011 y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011.

3.4. **Innovación**

La descentralización, tal como se observa en el gráfico nº 3, no parece conducir a una reducción del peso del sector público en el caso de existir diferencias sobre preferencias en el territorio (Costa-Font y Rico, 2006). Ello podría explicarse por la existencia de «emprendedores públicos» regionales que canalizan la heterogeneidad de preferencias hacia nuevos programas que cuentan con un apoyo popular, lo que genera un efecto retroalimentación cuando la financiación está altamente centralizada. La evidencia española es consistente con esta idea, de manera que las principales fuentes de innovación sanitaria en los últimos veinte años raramente ha tenido su origen en el gobierno central, ni tan solo cuando actuaba como gestor centralizador de las competencias de una decena de comunidades autónomas. Como ejemplos al respecto pueden citarse las agencias catalana, vasca y

andaluza de tecnologías sanitarias y los programas de salud mental (Costa-Font *et al.,* 2011) o de integración de servicios sociales y sanitarios.

Este fenómeno explica en parte que la descentralización no se ha dirigido a la privatización de la sanidad pública, ni tampoco a la reducción de su peso específico. Por ejemplo, el País Vasco y Navarra con amplia capacidad de autofinanciación, han sido pioneros en el desarrollo de programas de atención dental para menores, que después han sido adoptados por otras CC.AA., tales como Andalucía. Canarias fue pionera en la posibilidad de la segunda opinión médica y Cataluña ha destacado internacionalmente por desarrollar un sistema de gestión de trasplantes, pionero en España y referente internacional.

4. **CONCLUSIÓN**

Quizás uno de los fenómenos más generalizados de la reforma institucional de los sistemas sanitarios europeos es la existencia de un proceso de descentralización política y fiscal de competencias a gobiernos subcentrales. En este artículo se ha argumentado que si bien la principal razón existente para la descentralización sanitaria redunda en satisfacer demandas heterogéneas en necesidad sanitaria y preferencias en términos de gestión, dada la limitada movilidad poblacional, los efectos competitivos de la descentralización en sanidad se producen gracias a la agencia política. Esto es, gracias a una mejor conexión entre las demandas de la población y el servicio de salud (Ver Costa-Font y Rico, 2006 para más detalle).

Los estudios revisados sugieren que la descentralización de la gestión sanitaria puede redundar en mejoras de eficiencia asignativa, a largo plazo, a la vez que en más innovaciones en la gestión del servicio. Ello a su vez, puede comportar mejoras en el proceso que conducirían en último lugar a la expansión de la satisfacción con el sistema sanitario.

Es importante destacar que la creación de un sistema descentralizado supone costes asociados a la transferencia de competencias, tanto al descentralizar como al centralizarlas de nuevo. Tal es el caso de Noruega o Polonia. No obstante, quizás los principales costes a tener en cuenta son los problemas de diseño de la llamada agencia política y fiscal que induce a que existan desequilibrios entre las competencias de gasto y las competencias de ingreso, también llamados desequilibrios verticales. Ello explica que en países, como es el caso de España e Italia, se hayan producido fenómenos de expansión de los llamados «déficit sanitarios». La sanidad es un bien y servicio público altamente valorado por el votante medio, y que está permanentemente sujeta a mejoras tecnológicas. Por ello, para hacer frente al crecimiento del gasto deberíamos demandar no solamente la capacidad, sino los incentivos a nivel subcentral para evitar trasladar el déficit al resto del Estado. Este es quizás el principal reto

de los modelos del Estado de bienestar descentralizados para garantizar su sostenibilidad a largo plazo.

A su vez, paradójicamente no parece, según la evidencia comparada, que la descentralización comporte desequilibrios horizontales importantes; al contrario, los mayores desequilibrios horizontales se producen en estados centralizados. Ello supone aceptar la posibilidad de diseñar un modelo de descentralización sanitaria que fomente la innovación y la eficiencia sin dar lugar a importantes desigualdades regionales. El principal mecanismo que se apunta es el de la capacidad que ofrecen los modelos descentralizados de experimentar nuevas innovaciones a bajo coste y luego extender estas innovaciones a los demás gobiernos sanitarios subcentrales (Costa-Font y Rico, 2006a, 2006b).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAICKER, K. y J. SKINNER (2010): Health Care Spending Growth And The Future Of U.S. Tax Rates. *Prepared for the Tax Policy and the Economy Conference, September 23, 2010.*

BORDIGNON, M. y TURATI, G., (2009): Bailing out expectations and public health expenditure, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 28(2), pages 305-321.

BRENAN, G. y BUCHANAN, J. (1980): P*ower to Tax: Analytical Foundations of a Fiscal Constitution*, Camdridge Univeristy Press.

BRETON, A. (1996): *Competitive Governments: An Economic Theory of Politics and Public Finance*. New York, Cambridge University Press.

BRETON, A. y SCOTT, A. (1978): Economic Constitution of Federal States. University of Toronto Press.

COSTA-FONT, J. (2010a): Devolution, diversity and welfare reform: long-term care in the 'Latin Rim'. *Social policy & administration*, 44 (4). 481-494.

— (2010b): Does devolution lead to regional inequalities in welfare activity? *Environment and planning c: government and policy*, 28 (3). 435-449.

— (2009): Simultaneity, asymmetric devolution and economic incentives in Spanish regional elections. *Regional and federal studies*, 19 (1). 165-184.

COSTA-FONT, J. y GREER, S. (2012): Federalism and Decentralization in European Health and Social Care. Palgrave McMillan, Reino Unido.

COSTA-FONT, J. y MOSCONE, F. (2008): The impact of decentralization and inter-territorial interactions on Spanish health expenditure. *Empirical Economics*, 34 (1). 167-184.

COSTA-FONT, J. y PONS-NOVELL, J. (2007): Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. *Health economics*, 16 (3). 291-306.

COSTA-FONT, J. y PUIG-JUNOY, J. (2007): Institutional change, innovation and regulation failure: evidence from the Spanish drug market. *Policy and politics*, 35 (4). 701-718.

COSTA-FONT, J. y RICO, A. (2006): Vertical competition in the Spanish National Health System (NHS). *Public choice*, 128 (3-4). 477-498.

COSTA-FONT, J. SALVADOR-CARULLA, L. y CABASES, J. y ALONSO, J. y MCDAID, D. (2011): Tackling neglect and mental health re-

form in a devolved system of welfare governance. *Journal of social policy*, 40. 295-312.

CRIVELLI, E., LEIVE, A. y STRATMANN, T. (2010): Subnational Health Spending and Soft Budget Constraints in OECD Countries. IMF Working Paper, 10/147.

GOODSPEED, T. J. (2002): «Tax Competition and Tax Structure in Open Federal Economies: Evidence from OECD Countries with Implications for the European Union.» *European Economic Review*. February. 46(2): 357-374.

KOETHENBUERGER, M. (2008): Revisiting the «Decentralization Theorem» – On the Role of Externalities, 2008, *Journal of Urban Economics*, 64, 116-122.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. AND COSTA-FONT, J.O. y PLANAS, I. (2005): Diversity and regional inequalities in the Spanish system of health care services. *Health economics*, 14 (S1). 221-235.

OATES, W.E. (1985): Searching for the Leviathan: An Empirical Study. *American Economic Review*, 75: 748-757.

OECD (2009): Explaining The Sub-National Tax-Grants Balance In OECD Countries. *OECD Network on Fiscal Relations Across Levels of Government.*

PIPERNO, S. (2000): Fiscal Decentralisation in Italy: Some Lessons, mimeo.

SEABRIGHT, P. (1996): Accountability and Decentralisation in Government: An Incomplete Contracts Model. *European Economic Review*, 40, 61-69.

STEGARESCU, D. (2005): Public Sector Decentralisation: Measurement Concepts and Recent International Trends. *Fiscal Studies*, 26(3): 301-333.

TIEBOUT, C.M. (1956): A Pure Theory of Local Expenditure. *Journal of Political Economy*, 64: 416-242.

WILDASIN, D. (2008): Fiscal Competition. In Weingast, B. and Wittman, D. (eds). The Oxford Handbook of Political Economy, OUP, 502-20.

Sanidad y dependencia. Atención sanitaria y servicios sociales: ¿una cuestión de integración o sólo de coordinación?

Este trabajo aborda el tema de hasta dónde se debe avanzar en el terreno de la coordinación sociosanitaria. Para ello, se utilizan datos de la Encuesta Europea de Salud (2009) y se analiza el consumo de 14 prestaciones sociosanitarias en función de la edad y del grado de dependencia (aproximado por la escala Barthel). Se observa que el consumo de prestaciones aumenta con la edad y el grado de dependencia, y que existe una fuerte relación de complementariedad entre prestaciones sociales y sanitarias para algunos grupos de población. A la vista de estos resultados se realiza una propuesta de un modelo bidireccional de coordinación-integración: coordinación sociosanitaria para las personas de 75 y más años, e integración sociosanitaria para todas las personas consideradas como dependientes graves o totales, que permitiría la actualización constante de información sobre el paciente, así como las labores de reevaluación y seguimiento.

Lan honek koordinazio soziosanitarioaren eremuan noraino heldu behar den aztertzen du. Horretarako, Europako Osasun Inkestako (2009) datuak erabili dira, eta 14 zerbitzu soziosanitarioren kontsumoa aztertu da, adinaren eta mendekotasun-mailaren arabera (Barthel Proxy eskala). Azterlan horretan ikusi da gero eta nagusiagoa izan eta gero eta mendekotasun-maila handiagoa izan, zerbitzuen kontsumoa handitu egiten dela, eta herritar-talde batzuentzat osasun-zerbitzuak eta gizarte-zerbitzuak elkarren osagarri direla. Emaitza horiek ikusita, noranzko biko eredua proposatu da, hau da, koordinazioa eta integrazioa azaltzen dituen eredua: Alde batetik koordinazio soziosanitarioa 75 urteko eta 75 urte baino gehiagoko pertsonei dagokienez, eta bestetik integrazio soziosanitarioa mendekotasun larria edo erabatekoa duten pertsonei dagokienez. Horrela, etengabe eguneratu ahal izango da gaixoari buruzko informazioa, baita berrebaluazioa egiteko eta jarraipena egiteko lanak ere.

This paper addresses the issue of how to go forward in the ground of healthcare coordination. For this purpose, we use data from the European Health Survey (2009) and analyze the consumption of 14 healthcare services according to age and dependency degree (measured using Barthel's index). We observe show that healthcare consumption increases with age and level of dependency and that there exist complementarity relationships between health and social services for some groups. According to these results, we propose a bidirectional model of coordination-integration: healthcare coordination for population 75 years and older, and healthcare integration for severe or total dependent people. This model allows for constant information updating as well as re-assessment and following of patients.

Cristina Vilaplana Prieto
Universidad de Murcia y FEDEA

Índice

1. Introducción
2. Qué es la integración sociosanitaria
3. Datos y valoración de la dependencia
4. Análisis del consumo de prestaciones sociosanitarias por tramo de edad y nivel de dependencia
5. ¿Por qué optamos: integración o coordinación?
6. A modo de conclusión

Referencias bibliográficas

Apéndices

Palabras clave: dependencia, servicios sociales, atención sanitaria, coordinación.
Keywords: deprudency, healthcare services, healthcare, coordination.

N.º de clasificación JEL: I12, I18.

1. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la mayor parte de los sistemas de salud de los países desarrollados se han concentrado en lo que se conoce como «cuidados agudos», es decir, en la dispensación de tratamientos para enfermedades o lesiones de corta o limitada duración. Sin embargo, las personas de edad avanzada suelen padecer enfermedades crónicas, es decir, problemas de salud persistentes y de largo plazo (Hofmarcher *et al.*, 2007). En esta situación, se suelen requerir diversos servicios de índole sanitario y social para poder alcanzar un nivel de vida aceptable. En muchos casos, el hecho de recibir un apoyo adecuado puede permitir que personas con enfermedades crónicas puedan continuar viviendo en sus hogares, así como evitar hospitalizaciones innecesarias (Chen *et al.*, 2000). Sin embargo, para que se produzca un adecuado «emparejamiento» entre las necesidades individuales y los cuidados recibidos, debe existir una adecuada coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, dependiendo de la complejidad de cada caso, o incluso, llegar a la integración de recursos entre ambos sistemas. Los países que han puesto en marcha sistemas de cuidados in-

tegrados de largo plazo han perseguido un triple objetivo: (1) mejorar la accesibilidad a los servicios sociales y sanitarios, (2) proporcionar cuidados de calidad y (3) alcanzar la sostenibilidad financiera (Banks, 2004). En el ámbito europeo, la Comisión Europea (2008) destaca que uno de los elementos esenciales para asegurar una asistencia continua, y conseguir una elevada calidad y un sistema financieramente sostenible es imprescindible conseguir una mayor «coordinación de los cuidados» que deben recibir las personas en situación de dependencia

En España, en el texto legislativo de la Ley de Autonomía y Atención a la Dependencia[1] se menciona el aspecto de la coordinación aunque de manera superficial, y sin especificar cómo se pretende llevar a cabo en la práctica. No obstante, en los últimos años se ha dado un mayor énfasis a esta cuestión como lo ponen de relieve tres iniciativas. Primero, la celebración de la I Conferencia Interterritorial de Consejeros de Sanidad y Política Social, celebrada en febrero de 2010, a raíz de la cual se obtuvo el compromiso de actuar para racionalizar el gasto social y sanitario y aprovechar mejor las economías de escala. En segundo lugar, fruto del acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado en julio de 2011, se puso en marcha la Estrategia Nacional para la Coordinación Sociosanitaria en España. En tercer lugar, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria (2011) ha realizado una serie de entrevistas para conocer la valoración general del desarrollo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Aunque a priori, son entidades u organizaciones sin ningún nexo de unión (Consejo Estatal de Personas Mayores, Consejo Estatal de Personas con Discapacidad, Consejo Estatal de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social, Caritas, Asociación de directores, Consejo Estatal de Colegios de Trabajadores Sociales, CEOE, CCOO, UGT); utilizan diferentes expresiones, tales como «avances en la coordinación sociosanitaria», «implementación de una red de alta dependencia» o «concebir la atención a domicilio en clave sociosanitaria».

Desde el punto de vista científico, en España, se han llevado a cabo numerosos estudios sobre el estado de la coordinación sociosanitaria. Desde una vertiente más teórica, analizando las ventajas, desventajas y posibilidades de lograr una mayor coordinación sociosanitaria (De Diego, 2001; Herrera, 2005; Rodríguez, 2010). Y también, desde una óptica más aplicada, analizando los patrones de consumo sociosanitarios de las personas en función de su nivel de dependencia, y calculando qué parte del gasto generado por una persona en situación de dependencia es gasto social y qué parte es gasto sanitario (Rodríguez y Montserrat, 2002; Jiménez *et al.* 2011; Vilaplana, 2011).

---

[1] Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, establece en el artículo 1.l) que uno de los principios que debe regir esta Ley es «La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia «

Muchas veces los pacientes se ven sometidos a un lento y costoso peregrinaje por diferentes servicios y facultativos. Esta circunstancia no sólo es insostenible desde un punto de vista logístico (excesiva burocratización de los servicios, listas de espera), sino también humano (fragmentación de la atención recibida, sensación de no saber a dónde acudir). Por ello, en este trabajo se pretende ahondar hasta qué punto la atención sanitaria y los servicios sociales deben trabajar juntos: si es suficiente una mera colaboración (por ejemplo: unificación de registros de pacientes) o si es preciso una total integración (por ejemplo: con la creación de la figura del coordinador sociosanitario y de los equipos de valoración de casos). Así, se analizan el consumo de 10 prestaciones sanitarias y 5 prestaciones sociales, además de ayudas técnicas y adaptaciones del hogar, en función de la edad y del grado de dependencia. Para ello, en la sección 2 se procede a explicar la fuente de datos que se va a utilizar y cómo se va a medir el grado de dependencia. En la sección 3 se explica la fuente de datos utilizada y la forma en que se ha procedido a valorar el nivel de dependencia de la población. En la sección 4, se analiza qué grupos de población (distinguiendo por cohorte de edad y nivel de dependencia) son los principales consumidores de prestaciones sociosanitarias. A tenor de los resultados obtenidos, en la sección 5 se realiza una propuesta de un modelo bidireccional de coordinación-integración sociosanitaria en función de la tipología de los pacientes. A modo de conclusión en la sección 6 se responde a la pregunta que da título a este artículo.

2. QUÉ ES LA INTEGRACIÓN SOCIOSANITARIA

La integración sociosanitaria, o simplemente, la integración de cuidados es un tema que está suscitando un gran interés. De hecho, en Google Scholar hay 652.000 entradas para «integrated health care». También se observa que el concepto de «cuidados integrados» es bastante elástico y han aparecido múltiples definiciones del mismo. Por ejemplo, Leatt (2002) proporciona una definición muy laxa en donde los cuidados integrados consisten en «la creación de un sistema moderno y rentable caracterizado por la creación de lazos estrechos entre hospitales, instituciones de cuidados de largo plazo, atención primaria, atención domiciliaria, salud pública, agencias de servicios sociales, y otras instituciones implicadas en los determinantes de la salud».

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define la integración de cuidados como el hecho de «agrupar recursos, distribución, administración y organización de servicios relacionados con el diagnóstico, cuidados, rehabilitación y promoción de la salud». Gröne y García-Barbero, (2001) y Hofmarcher *et al.* (2002) basan su definición en el punto de vista del paciente y consideran que la «integración de cuidados consiste en la creación de un sistema que asegure que los pacientes, especialmente aquellos con problemas crónicos, reciban una atención apropiada de

acuerdo con sus necesidades y coherente tanto desde el punto de vista de las diferentes opciones de cuidados como a lo largo del tiempo».

El hecho de que exista una pluralidad de definiciones no quiere decir que unas sean correctas y otras no, sino que más bien, la integración se puede concebir como un concepto anidado, que puede revestir diferentes niveles. En este sentido, Leutz (1999) menciona tres diferentes niveles:

- Colaboración: es un estado inicial en el que sin necesidad de que existan acuerdos especiales entre servicios sociales y sanitarios, las personas con necesidades de cuidados leves o moderadas pueden recibir los cuidados que precisan.
- Coordinación: requiere el diseño de estructuras específicas para coordinar los cuidados de agudos con otros sectores de cuidados de la salud. Aunque la «coordinación» constituye una etapa más avanzada respecto a la «colaboración», todavía funciona mediante sistemas independientes.
- Integración completa: requiere la definición de nuevos programas o entidades cuyos recursos (de sistemas diversos que existían previamente) son ahora comunes.

La elección de la propuesta de Leutz (1999) se basa en su aparente simplicidad ya que se ha sido tomada como punto de partida por otros autores, como Goodwin *et al.* (2004) y Ahgren y Axelsson (2005) para elaborar esquemas de integración más complejos. Por ejemplo, Ahgren y Axelsson (2005) distinguen 5 niveles en lugar de los 3 de Leutz (1999): (1) segregación total: ausencia completa de cooperación entre servicios; (2) colaboración; (3) coordinación en grupos/redes de trabajo; (4) cooperación, en donde las unidades organizacionales están todavía separadas, pero existe una coordinación muy estrecha entre ellas a través de los responsables de las redes y (5) integración completa, en donde surge una nueva organización que agrupa todas las fuentes de financiación previas y que es responsable de todo el espectro de servicios.

Las evidencias sobre programas de integración de cuidados no proporcionan un resultado unánime desde el punto de vista financiero. Algunos programas han obtenido un ahorro de recursos respecto a la situación preexistente, otros han supuesto una inversión de cuantía similar, y en el peor de los casos, también ha habido experiencias que han supuesto un mayor gasto que en la situación inicial.

Bird *et al.* (2007) analizaron un programa para reducir gastos hospitalarios implantado en Australia mediante la creación de grupos de administración de casos y de mecanismos de coordinación de cuidados (hospitalarios y extrahospitalarios). Los resultados fueron muy positivos: reducción del 20,8% en las consultas de urgencias, reducción del 27,9% en los ingresos y ahorro de un millón de dólares respecto al sistema anterior. En Italia también se puso en funcionamiento un programa de

cuidados integrados con el objetivo de reducir hospitalizaciones innecesarias y en donde se utilizaron básicamente los mismos instrumentos que en el programa australiano. Bernabei *et al.* (1998) corroboraron no sólo un ahorro de costes sino también una mejora en la salud física y mental de los pacientes.

En el caso de Canadá (Béland *et al.*, 2006), se implementó un programa denominado SIPA (System of Integrated Care of Older Persons) que tenía como finalidad reducir la duración de las hospitalizaciones, las consultas de urgencias y el periodo de espera en el hospital hasta conseguir plaza en un centro residencial. Para ello se crearon equipos multidisciplinares, servicios de vigilancia de 24 horas y de rápida movilización y se reforzaron los servicios de atención domiciliaria (y de hospitalización domiciliaria). Los resultados constataron un aumento de la satisfacción de los pacientes, sin que se produjera un aumento en la carga de los cuidadores informales, aunque desde el punto de vista financiero, no se logró un ahorro respecto al sistema anterior.

Como evidencia no se puede saber a priori cuál va a ser el coste de la integración de cuidados, o que incluso, dentro de el mismo país un programa puede resultar económicamente rentable, mientras que en otro no; es el caso de Australia (Department of Health and Ageing, 2007). En este país, se implementó no sólo el programa anteriormente comentado sino también otro denominado «Coordinated Care Trials» que tenía como finalidad potenciar la función de los médicos de atención primaria en la gestión de casos. Aunque se observó una mejora en el bienestar de los pacientes y un aumento en la utilización de servicios comunitarios, la contrapartida fue un aumento en los recursos gastados.

3. DATOS Y VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Antes de poder relacionar el consumo de prestaciones sociosanitarias con el nivel de dependencia, es necesario dar respuesta a dos preguntas. Primera, cuál es la fuente de datos que se va a utilizar, y segunda, cómo se va a sintetizar la información sobre discapacidades para realizar actividades de la vida diaria en un índice o escala de dependencia.

En relación a la primera pregunta, en la actualidad existen tres fuentes de información disponibles: (1) la Encuesta Nacional de Salud (ENS-2006), (2) la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008) y (3) la Encuesta Europea de Salud (EES-2009). Es evidente que la EES-2009 es la más reciente de todas ellas y por tanto, permite determinar con un mejor grado de aproximación hasta qué punto se ha avanzado en el ámbito sociosanitario desde la implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y cuáles son las vías de actuación por las que se debe continuar. Frente a la EES-2009, la ventaja de la EDAD-2008 es que proporciona información mucho más detallada sobre las

discapacidades padecidas, grado de severidad de las mismas y nivel de soporte recibido. La ENS-2006 también proporciona amplia información sobre discapacidades, pero sólo para personas de 65 y más años. De esta forma, con la EDAD-2008 y la ENS-2006 es posible aplicar el Baremo de valoración de la dependencia[2] (aunque en el caso de la ENS-2006 sólo para mayores de 65 años).

A pesar del atractivo que supone utilizar la misma clasificación que el SAAD, es necesario tener en cuenta el número de prestaciones sociosanitarias sobre las que se dispone de información. La ENS-2006 sólo proporciona datos sobre prestaciones sanitarias (atención primaria, especializada, bucodental, hospital, hospital de día, medicamentos, pruebas médicas, vacunación). En cambio, en la EDAD-2008, la mayor parte de la información se refiere a prestaciones sociales (atención a domicilio, teleasistencia, centros de día, servicios de respiro, residencias).

Por su parte, la EES-2009 informa sobre ambos tipos de prestaciones: sanitarias (atención primaria, especializada, bucodental, hospitalaria, rehabilitación, pruebas médicas, etc.) y sociales (atención a domicilio, comidas a domicilio, servicios de transporte a domicilio, etc.). Como contrapunto, la EES-2009 proporciona información sobre discapacidades para toda la población de 16 y más años, aunque no con el suficiente detalle como para aplicar el Baremo de valoración de la dependencia, por lo que es necesario aplicar un criterio de valoración de la dependencia alternativo. En consecuencia, se va a utilizar la EES-2009, porque además del atractivo que supone su reciente publicación, consta de un amplio catálogo de prestaciones sociosanitarias.

Pasando a la cuestión de cómo valorar la dependencia a partir de la EES-2009, se ha optado por un criterio que fuese ampliamente avalado por la literatura, pero que tampoco generase un gran número de categorías de discapacidad como la escala de Katz, (Katz, 1963) que distingue 8 categorías. En su lugar se ha aplicado la Escala de Barthel, por tres razones diferentes. Primero, porque permite diferenciar 5 categorías: «independiente», «dependiente leve», «dependiente moderado», «dependiente grave» y «dependiente total», cuyos nombres se parecen bastantes a los utilizados en el Baremo de valoración de la dependencia (no dependiente, dependiente moderado, dependiente severo, gran dependiente).

Segundo, porque la información de la EES-2009 permite aplicar las tareas contenidas en la Escala de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965). Estas tareas son 10: (1) comer, (2) levantarse de la cama y acostarse, (3) asearse (lavarse la cara, peinarse, afeitarse…); (4) utilizar el servicio; (5) bañarse; (6) desplazarse dentro del hogar; (7) subir y bajar las escaleras; (8) vestirse (incluye abrocharse los zapatos); (9) continencia urinaria y (10) continencia fecal.

---

[2] Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Para cada una de las tareas se asigna una puntuación en función de si el individuo puede realizarla de forma independiente o con ayuda. Por ejemplo, para la tarea «vestirse», la puntuación es 10 si puede vestirse de forma independiente, 5 si necesita ayuda y 0 si es totalmente dependiente. La puntuación total del índice es de 100 puntos y las categorías se determinan de la siguiente forma: «independiente» si obtiene 100 puntos; «dependiente leve» si tiene entre 60 y 95 puntos; «dependiente moderado» si alcanza entre 40 y 55 puntos; «dependiente grave» si logra entre 20 y 35 puntos y «dependiente total» si la puntuación es igual o inferior a 20.

Por otra parte, y dado que se quieren obtener cifras de los usuarios de servicios sanitarios y sociales representativas para el año 2011, antes de proceder a calcular cualquier indicador ha sido necesario actualizar los pesos muestrales. La razón es que aunque sólo han transcurrido dos años desde la realización de la EES-2009, se puede constatar un claro envejecimiento de la población (cuadro nº 1). El porcentaje que representa la cohorte de 16-44 años sobre el total de la población de 16 y más años ha disminuido 1,67 puntos porcentuales, que se han repartido entre las cohortes de edades superiores. La cohorte de 45-64 años y la de 85 y más años son las que han ganado mayor representación (1,01 y 0,26 puntos, respectivamente).

Cuadro nº 1. **DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 16 Y MÁS AÑOS (TÉRMINOS ABSOLUTOS Y PORCENTUALES)**

	2009		2011	
	Número	%	Número	%
16-44	20.255.461	51,31	19.729.393	49,64
45-64	11.441.494	28,98	11.920.680	29,99
65-74	3.830.541	9,70	3.926.874	9,88
75-84	2.963.434	7,51	3.068.972	7,72
85 y +	988.929	2,50	1.097.711	2,76
Total	39.479.859	100,00	39.743.630	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir del Padrón de Habitantes (2009 y 2011).

Para actualizar los factores de ponderación, se propone multiplicar el factor originario por el cociente entre el peso que tiene cada año de edad respecto al total de 2011 dividido por el peso que tenía ese mismo año de edad en 2009.

$$\text{Factor}_{\text{Edad i,2011}} = \text{Factor}_{\text{Edad i,2009}} \bullet \frac{\text{Pob}_{\text{Edad i,2011}} \,/\, \text{Pob}_{\text{Total,,2011}}}{\text{Pob}_{\text{Edad i,2009}} \,/\, \text{Pob}_{\text{Total,,2009}}}$$

A partir de la aplicación de la Escala Barthel de dependencia se obtiene la clasificación en 5 niveles de dependencia en términos absolutos (cuadro nº 2) y en tasas de prevalencia (cuadro nº 3). Por cada mil personas de 16 y más años, 826 son calificadas como independientes, 150 son dependientes leves, 13 dependientes moderados, 7 dependientes graves y 4 dependientes totales. El envejecimiento conlleva un aumento de la dependencia total que se plasma a través de dos efectos: entrecohorte e intracohorte. En relación al primero, se observa que la tasa de prevalencia correspondiente a la dependencia grave (y dependencia total) aumenta de manera exponencial con la edad: desde 0,99 (0,28) para la cohorte de 16-44 años, hasta 89,88 (93,53) para la cohorte de 85 años en adelante. Al mismo tiempo, la tasa de prevalencia de personas independientes en la cohorte más joven es 6,7 veces la tasa de prevalencia de personas independientes en la cohorte de más edad (969,70 frente a 114,08).

Respecto al efecto intra cohorte, mientras que se estima que para la cohorte de 45-64 años hay 1,10 dependientes totales frente a 844,85 personas independientes, en la cohorte de 75-84 años hay 19,07 dependientes totales frente a 314,70 personas independientes. Como muestra la última fila del cuadro nº 3, el peso de la dependencia total y grave sobre las personas independientes aumenta de 0,0013 para la cohorte de 16-44 años hasta 1,2730 para la cohorte de 85 años y más.

Hemos de señalar que en los cuadros nº 1 y nº 2 se observa que en el año 2011, el total de la población de 16 y más años asciende a 39.743.630 personas. Sin embargo, en la EES-2009 no todas las personas contestaron a las preguntas sobre discapacidades, por lo que al aplicar la Escala Barthel sólo podemos obtener una caracterización de la situación de dependencia para 38.148.537 personas. Por tanto el análisis de las prestaciones sociosanitarias será representativo de esta población y sobre la misma se calcularán las tasas de prevalencia por mil habitantes.

Cuadro nº 2. **CLASIFICACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE ACUERDO CON LA EES 2009. PROYECCIONES PARA 2011. ESPAÑA**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	18.248.084	9.868.374	2.311.376	796.130	133.611	31.529.294
Dep. leve	524.797	1.709.697	1.384.295	1.426.072	485.043	5.709.104
Dep. moderado	21.494	76.075	73.878	158.717	138.604	482.841
Dep. grave	18.702	13.710	35.651	100.626	83.346	263.026
Dep. total	5.277	12.805	8.322	48.248	86.735	164.273
Total	18.818.354	11.680.661	3.813.521	2.529.793	927.339	38.148.537

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº 3. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE ACUERDO CON LA EES 2009. PROYECCIONES PARA 2011**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	969,70	844,85	606,10	314,70	144,08	826,49
Dependiente leve	27,89	146,37	363,00	563,71	523,05	149,65
Dep. moderado	1,14	6,51	19,37	62,74	149,46	12,66
Dependiente grave	0,99	1,17	9,35	39,78	89,88	6,89
Dependiente total	0,28	1,10	2,18	19,07	93,53	4,31
Total	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Peso de la dependencia grave y total sobre las personas indep.	0,0013	0,0027	0,0190	0,1870	1,2730	0,0136

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Como muestra de la validez de los datos se ha procedido a comparar los resultados del cuadro nº 2 con el promedio de las evaluaciones del SAAD para el año 2011 (cuadro nº 4). En el año 2011, un promedio de 457.927 personas fueron reconocidas como grandes dependientes (Grado III), 431.649 como dependientes severas (Grado II) y 154.454 como dependientes moderadas de nivel 2 (Grado I. Nivel 2).

Si lo comparamos con los resultados del cuadro nº 2, vemos que la suma de los dependientes totales y los dependientes graves asciende a 427.298 personas. Aunque estas cifras son inferiores a la dependencia de Grado III hay que tener en cuenta que las cifras del SAAD se refieren a toda la población, mientras que nuestras estimaciones abarcan sólo a la población de 16 y más años. De acuerdo con las estadísticas del SAAD, en promedio el 4% de los reconocimientos de las situaciones de dependencia corresponden a personas menores de 18 años. Por tanto, se podría considerar que la valoración obtenida a partir de la Escala Barthel de los «dependientes totales» y «dependientes graves» se corresponde, aproximadamente, con el Grado III del Baremo de valoración de la dependencia, mientras que la «dependencia moderada» según la Escala Barthel se correspondería con el Grado II del Baremo de valoración.

Cuadro nº 4. **RECONOCIMIENTOS DE SITUACIONES DE DEPENDENCIA DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.**

	Grado III	Grado II	Grado I Nivel 2
1 Enero 2011	491.641	407.992	
1 Marzo 2011	492.982	421.928	142.162
1 Junio 2011	435.664	427.699	151.195
1 Septiembre 2011	436.130	444.996	159.335
1 Diciembre 2011	433.202	455.630	165.125
Promedio	457.924	431.649	154.454

Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

A continuación se procede a analizar un conjunto de prestaciones sociosanitarias. Para cada una de ellas se ha calculado el número de individuos que las ha recibido en función del tramo de edad y el grado de dependencia, así como la tasa de prevalencia por mil habitantes con la misma edad y grado de dependencia. Se consideran las siguientes prestaciones:

Cuadro nº 5. **PRESTACIONES SOCIOSANITARIAS**

Prestaciones sanitarias:	Prestaciones sociales:
Atención primaria	Atención a domicilio prestada por enfermero
Atención especializada	Ayuda a domicilio para realizar tareas domésticas
Atención bucodental	Comidas a domicilio
Hospital	Transporte especial a domicilio
Hospital de día	Otros servicios a domicilio
Medicamentos	
Pruebas médicas	
Rehabilitación	
Vacunación	

Desafortunadamente, la EES-2009 no incluye información sobre otras prestaciones sociales tales como centros de día, estancias temporales en residencias o servicios de respiro. Es innegable que conocer estas otras prestaciones permitiría elaborar un mejor análisis sobre el grado de coordinación sociosanitaria. A pesar de todo, consideramos que la información disponible permite clarificar el tema que nos ocupa, circunscribiéndolo al marco del domicilio familiar.

Por otra parte, y como elementos relevantes en la vivienda también se analizará la existencia de una posible complementariedad entre ayudas técnicas y de adaptaciones en el hogar.

4. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE PRESTACIONES SOCIOSANITARIAS POR TRAMO DE EDAD Y NIVEL DE DEPENDENCIA

Para cada una de las 14 prestaciones sociosanitarias, así como para las ayudas técnicas y adaptaciones del hogar se ha analizado el consumo de las mismas tanto por cohorte de edad (16-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85 y más años) como por nivel de dependencia según la Escala Barthel (independiente, dependiente leve, moderado, grave o total). El análisis detallado se encuentra en el Apéndice, a partir del cual se ha confeccionado el cuadro nº6, en el cual se resalta qué grupo de edad y/o nivel dependencia es el mayor demandante de prestaciones.

La primera columna del cuadro se refiere a la cohorte de edad que presenta un mayor consumo de prestaciones. Del total de los 24 casos, la mayor tasa de prevalencia, o el mayor número medio de consultas o duración media de estancias corresponde a las cohortes de 85 y más años (14 casos), seguido de 75-84 años (6 casos). Las personas de 75 y más años son las que en mayor medida han acudido a una consulta de atención primaria y/o especializada durante las 4 últimas semanas, y también las que con mayor probabilidad han pasado una noche en un hospital o han recibido atención en un hospital de día. Por su parte, la cohorte de 85 y más años es la que ha recibido un mayor número de consultas de atención primaria, la que ha tenido estancias hospitalarias más largas, y la que con mayor probabilidad recibe cualquier tipo de atención domiciliaria, servicios de transporte, ayudas técnicas o adaptaciones del hogar.

Cuadro nº 6. **RESUMEN DE LAS MAYORES TASAS DE PREVALENCIA (O NÚMERO MEDIO DE VISITAS O NÚMERO MEDIO DE DÍAS DE TRATAMIENTO) POR EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA**

	Mayor tasa de prevalencia (o mayor nº visitas o nº de días de tratamiento)		
	Por cohorte de edad	Por grado de dependencia	Por edad y grado de dependencia
Atención primaria (al menos 1 consulta en las 4 últimas semanas)	75-84 años	Dependencia total	Dependientes totales de 45-64 años
Atención primaria (nº consultas 4 últimas semanas)	85 y más años	Dependencia grave	Dependientes graves de 85 y más años
Atención especializada (al menos 1 consulta en las 4 últimas semanas)	65-74 años	Dependencia moderada	Dependientes moderados de 45-64 años
Atención especializada (nº consultas 4 últimas semanas)	45-64 años 85 y más años	Dependencia grave	Dep. graves 16-44 años Dep. totales 45-64 años

.../...

	Mayor tasa de prevalencia (o mayor nº visitas o nº de días de tratamiento)		
	Por cohorte de edad	Por grado de dependencia	Por edad y grado de dependencia
Atención bucodental (4 últimas semanas)	45-64 años	Independientes	Independientes de 44-65 años
Enfermería	85 y más años	Dependencia total	Dependientes totales de 45-64 años
Hospital (al menos una noche)	75-84 años	Dependencia total	Dependientes totales de 65-74 años
Hospital (número de ingresos)	75-84 años	Dependencia grave	Dependientes graves de 16-44 años
Hospital (estancia media total)	85 y más años	Dependencia grave	Dependientes totales de 45-64 años
Hospital de día (al menos un día)	75-84 años	Dependencia grave	Dependientes graves de 16-44 años
Hospital de día (estancia media)	45-64 años	Dependencia moderada	Dependientes moderados de 45-64 años
Medicamentos (al menos uno)	85 y más años	Dependencia moderada	Dep. mod. 16-44 años
Medicamentos (número)	85 y más años	Dependencia grave	Dep. total 16-44 años Dep. mod. 75-84 años Dep. total 85 y más años Dependientes graves de 16-44 años
Pruebas médicas	75-84 años	Dependencia moderada	Dependientes totales de 65-74 años
Rehabilitación	45-64 años	Dependencia moderada	Dependientes moderados de 45-64 años
Vacunación	85 y más años	Dependencia total	Dependientes totales de 75-84 años
Ayuda a domicilio prestada por un enfermero	85 y más años	Dependencia total	Dependientes totales de 45-64 años
Ayuda domicilio para tareas domésticas	85 y más años	Dependencia total	Dependientes totales de 45-64 años
Comidas a domicilio	85 y más años	Dependencia moderada	Dependientes totales de 45-64 años
Servicio de transporte a domicilio	85 y más años	Dependencia total	Dependientes totales de 45-64 años
Adaptaciones del hogar	85 y más años	Dependencia grave	Dependientes graves de 45-64 años
Ayudas técnicas	85 y más años	Dependencia grave	Dependientes totales de 45-64 años

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

La segunda columna del cuadro muestra cuál es el grado de dependencia del grupo ha consumido en mayor medida cada tipo de prestaciones. En la mayoría de los casos (17), dicha categoría se refiere a los dependientes graves o los dependientes totales. Los dependientes graves son los mayores consumidores en: (1) atención primaria (en número de consultas en las últimas 4 semanas), (2) atención especializada (consulta en las últimas 4 semanas, número de consultas, consultas en urgencias); (3) atención hospitalaria (número de ingresos en el último año, estancia media de los ingresos); (4) hospitales de día (al menos una estancia en el último año) y (5) adaptaciones del hogar y ayudas técnicas.

Por su parte, los dependientes totales son los mayores consumidores de (1) servicios de enfermería, (2) atención hospitalaria (al menos una noche durante el último año), (3) ayuda a domicilio (prestada por un enfermero, para labores domésticas) y (4) servicios de transporte.

A tenor de estos resultados podemos concluir que las personas de más edad o las que tienen un elevado grado de dependencia son las mayores consumidoras de prestaciones sociosanitarias y que existe una fuerte conexión entre dependencia y consumo de algunas prestaciones sanitarias (atención primaria, especializada y hospitalaria). Además, el grupo de personas que reciben cuidados de enfermería en su domicilio consumen con mayor probabilidad y frecuencia servicios de atención primaria, especializada y/u hospitalaria en comparación con los que no reciben dicha atención domiciliaria.

Para completar el análisis es preciso observar la tercera columna del cuadro nº 6 en la que se muestra cuál es mayor consumidor de cada tipo de prestaciones cuando combinamos simultáneamente edad y grado de dependencia. Resulta entonces que son los dependientes totales de 45-64 años los que acaparan un «gran protagonismo», ya que este grupo es el mayor consumidor de (1) atención primaria durante las 4 últimas semanas, (2) servicios de enfermería, atención especializada (número de consultas en las 4 últimas semanas), (3) atención hospitalaria (duración de los ingresos), (4) atención a domicilio (los 5 servicios analizados) y (5) adaptaciones del hogar y ayudas técnicas.

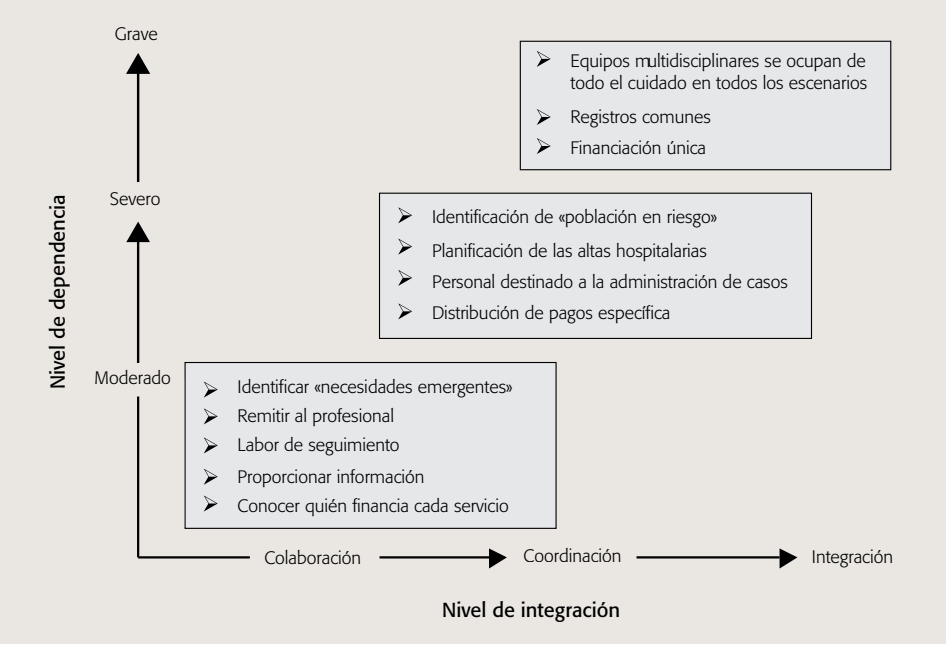
5. ¿POR QUÉ OPTAMOS: INTEGRACIÓN O COORDINACIÓN?

Ante la pregunta de si debe existir una mera coordinación o una plena integración entre servicios sanitarios y sociales, no debemos conformarnos simplemente con una respuesta en un sentido u otro, sino más bien preguntarnos ¿coordinación o integración de qué? y ¿coordinación o integración para quién? La realidad es bastante más compleja y lo que debemos plantearnos es si se debería producir una integración de todos los servicios para algunas personas o una integración de algunos servicios para todas las personas (pero no de todos los servicios para todas las perso-

nas). Por otro lado, el hecho de que desde el punto de vista financiero no todas las experiencias de integración hayan contribuido a reducir los costes (aunque hayan podido obtener otros beneficios en términos de satisfacción de los usuarios) nos obliga a obrar con cautela y a no recomendar una integración de todos los servicios y para toda la población, y más ahora dados los escenarios de restricciones presupuestarias que estamos viviendo.

Diversos autores como Leutz (1999) y Bodenheimer *et al.* (2002) han abogado por un modelo de integración por etapas en función del nivel de dependencia. El cuadro nº 7 muestra una representación gráfica correspondiente a la propuesta de Leutz (1999).

Cuadro nº 7. **REPRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTEGRACIÓN DE LEUTZ (1999)**



Fuente: Adaptado de Leutz (1999).

Leutz (1999) dividió a los usuarios de servicios sociosanitarios en tres grupos: (1) personas con nivel de dependencia leve o moderado, condiciones estables, demandantes de servicios rutinarios, que conservan capacidad de autodeterminación y/o cuentan con redes de cuidado informal; (2) personas con nivel de dependencia severo y (3) personas con nivel de dependencia grande, con condiciones inestables, que suelen requerir diversos servicios de emergencia y con una capacidad de decisión limitada. Leutz (1999) sugiere que para el primer grupo sería suficiente con establecer un sistema de colaboración entre los diversos servicios, lo cual requiere que

cada proveedor sea consciente y comprenda las actuaciones de los otros proveedores en términos de necesidades de cuidados sociosanitarios, responsabilidades financieras y criterios de elegibilidad. En este marco de colaboración, cada una de las organizaciones mantendría su independencia, fuentes de financiación, criterios de elegibilidad y normas de funcionamiento.

En segundo lugar, para las personas con nivel de dependencia severa, propone una relación de coordinación, en donde a pesar de que cada sistema (social/sanitario) continúe operando a través de las estructuras preexistentes, es necesario crear procedimientos para compartir información, planes de provisión de servicios tras las altas hospitalarias y grupos interdisciplinares de estudio de casos de pacientes.

Para las personas con un nivel de dependencia grande, se propone un proceso de integración total que supondría la creación de un nuevo sistema. Este nuevo sistema asumiría la responsabilidad en la provisión de todos los servicios sociosanitarios, así como todos los recursos y responsabilidades financieras.

Para el caso de España, y como propuesta personal, se ha tomado como punto de partida la propuesta de Leutz (1999) y se ha diseñado un esquema de coordinación-integración en función de la edad y el nivel de dependencia, tal y como se muestra en el cuadro nº 8. Para confeccionar este cuadro se ha tomado como referencia cuáles son los grupos más demandantes de prestaciones sociosanitarias (cuadro nº 6). Se propone un esquema de integración total para todas las personas con nivel de dependencia «grave» o «total», independientemente de cuál sea su edad, y un esquema de coordinación para todas las personas de 75 y más años. Aunque a primera vista, haya muchas prestaciones coincidentes en el apartado de «coordinación» para personas de 75 y más años, y en el de «integración» para personas consideradas como dependientes graves o totales, la interpretación de cada situación es diferente. En el primer caso, se considera que todas las personas de 75 y más años son más consumidores de prestaciones sanitarias y potencialmente receptores de prestaciones sociales (pueden necesitarlas o no), pero en cualquier caso, es necesario una labor de seguimiento y reevaluación de su estado (médicos de atención primaria, visitas de asistentes sociales a domicilio). En el segundo caso, las personas dependientes graves o totales son grandes consumidoras de servicios sanitarios y adicionalmente necesitan uno o varios servicios sociales de forma permanente.

Con este esquema bidireccional se podrían resolver algunos de los siguientes problemas:

(1) A menudo el personal hospitalario no tiene en cuenta las barreras arquitectónicas con las que se puede encontrar un paciente (con limitado nivel de autonomía) una vez que ha sido dado de alta. El hecho de avisar con antelación a los servicios sociales y que estos realicen una labor de (re)evaluación del estado del paciente puede ayudar a que mantengan un nivel de calidad de vida aceptable en su hogar.

(2) Si los informes hospitalarios son remitidos con prontitud a los servicios municipales, entonces los médicos de atención primaria pueden disponer de información actualizada para realizar el seguimiento del paciente y controlar la medicación.

(3) Como labor preventiva, sería recomendable que todas las personas de 75 y más años recibieran al menos dos visitas «preventivas» a lo largo del año. De esta forma se podrían reducir diversos factores de riesgo para la población mayor (detectar situaciones de soledad, nutrición inadecuada, riesgo de caídas), así como mejorar la información sobre promoción de la salud. Adicionalmente, después de una hospitalización se debería realizar una labor de seguimiento en el domicilio.

Cuadro nº 8. **PROPUESTA DE NIVELES DE INTEGRACIÓN DE PRESTACIONES SOCIOSANITARIAS EN FUNCIÓN DE LA COHORTE DE EDAD Y EL NIVEL DE DEPENDENCIA**

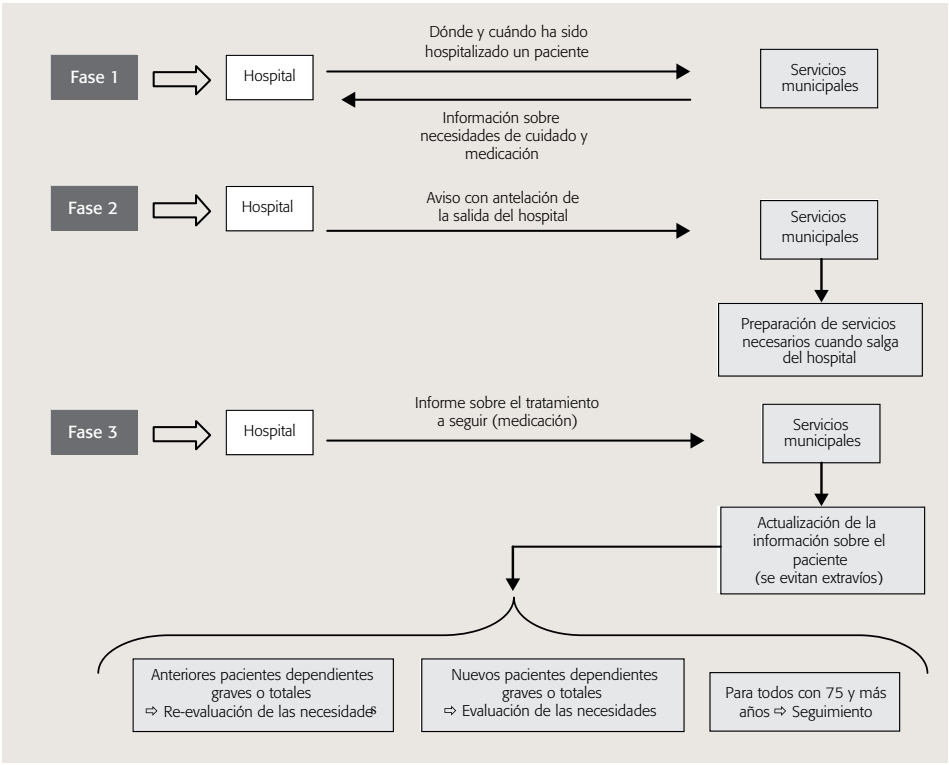
Nivel de integración	Coordinación	Integración total
Edad/Dependencia	Personas de 75 y más años	Dependientes graves y totales (de cualquier edad)
Prestaciones	Atención primaria Atención especializada Enfermería Hospitalización Hospital de Día Medicación Atención Dom. por enfermero Atención Dom. tareas domésticas Servicio de transporte a domicilio Comidas a domicilio Adaptaciones en el hogar Ayudas técnicas	Atención primaria Atención especializada Enfermería Urgencias Hospitalización Hospital de Día Medicación Atención Dom. por enfermero Atención Dom. tareas domésticas Servicio de transporte a domicilio Adaptaciones en el hogar Ayudas técnicas

Fuente: Elaboración propia.
Nota: en esta tabla no se ha incluido la atención en centros de día o en centros residenciales (de forma temporal o permanente) porque esta información no se encuentra disponible en la EES-2009.

Para clarificar el funcionamiento de este esquema bidireccional se ha confeccionado el cuadro nº 9 en el que se muestra cómo existe una retroalimentación de información en tres fases. En primer lugar, cuando una persona es hospitalizada, el hospital debe ponerse en contacto con los servicios municipales para comunicar cuándo ha sido hospitalizada y dónde. En caso de que la persona sea dependiente grave o total, los servicios municipales deben comunicar cuáles son las necesidades de cuidado de la misma y las prestaciones que estaba recibiendo, así como su medicación.

La segunda fase se produce cuando el tratamiento hospitalario está próximo a concluir, de manera que el hospital comunica a los servicios municipales cuál es la fecha prevista para el alta hospitalaria. De esta forma, los servicios municipales, a la vista de los informes hospitalarios tienen tiempo de anticipar qué tipo de atención va a necesitar el paciente, y se evitan «bloqueos» innecesarios de camas hospitalarias.

Cuadro nº 9. **FUNCIONAMIENTO DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN-COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**



Fuente: Elaboración propia.

En la tercera fase, el hospital remite el informe del alta hospitalaria (tratamiento recibido, prescripciones) a los servicios municipales y estos actualizan la información disponible sobre el paciente. Así se evitan extravíos y se minimizan problemas que puedan surgir por polimedicación del paciente. A continuación, los servicios municipales se deben plantear tres posibilidades: (1) si el paciente dado de alta ya era persona dependiente grave o total, ¿son suficientes las prestaciones que recibía antes de la hospitalización? ¿es necesario realizar algún reajuste?; (2) cuando el hospital considere que la persona que ha estado hospitalizada y que antes no era considerada como dependiente severo o total, ha sufrido una pérdida considerable de su

autonomía, en cuyo caso debe recomendar la evaluación del estado de dependencia del paciente; (3) en el caso de personas de 75 y más años, que con anterioridad a la hospitalización no fueran consideradas como dependientes graves o totales, se realizará una labor de seguimiento, una vez que ya se encuentren en su domicilio para poder detectar si ha surgido alguna necesidad nueva.

6. A MODO DE CONCLUSIÓN

En relación a la pregunta que da título al artículo, sobre si la atención sociosanitaria es una cuestión de integración o sólo de cooperación, debemos abogar por una doble postura coordinadora-integradora, en función de la edad y/o el grado de dependencia, puesto que las situaciones de dependencia no se circunscriben únicamente a la cohorte de personas de edad más avanzada. En primer lugar, por el propio individuo, porque ante la perspectiva de un horizonte vital suficientemente prolongado a pesar de su situación de dependencia, es necesario hacer todo lo posible para garantizarle un nivel de calidad de vida satisfactorio. Segundo, porque la atención a las personas en situación de dependencia excede el ámbito meramente de los servicios sociales. Por ello es imprescindible dar una respuesta rápida y eficaz en función de las necesidades coyunturales o estructurales en las situaciones de dependencia. La imbricación de ambos sistemas, social y sanitario, debe ser la respuesta para garantizar que la prestación proporcionada sea la adecuada para las necesidades del paciente dependiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHGREN, B., AXELSSON, R. (2005): «Evaluating integrated health care: a model for measurement». I*nternational Journal of Integrated Care 5*, 1-9.

BANKS, P. (2004): Policy framework for integrated care for older people. London. King`s Fund. London.

BÉLAND, F., HERGMAN, H., LEBEL, P., CLARFIELD, M. (2006): «A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized control trial». *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 61A(4)*, 367-374.

BERNABEI, R.,LANDI, F., GAMBASSI, G. (1998): «Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community». *British Medical Journal* 316, 1348-1351.

BIRD, S., KUROWSKI, W., DICKMAN, G., KRONBERG, I. (2007): «Integrated care facilitation for older patients with complex needs reduces hospital demand». *Australian Health Review 31*(3), 451-461.

BODENHEMIER, T., WAGNER, E., GRUMBACH, K. (20002): «Improving primary care for patients with chronic illness». *Journal of the American Medical Association 288*, 1775-1779.

CHEN, A., BROWN, N., ARCHIBALD, S., ALIOTTA, S., FOX, P. (2000): Best practices in coordinated care. Reference No. 8534-004. Princeton, NJ: *Mathematica Policy Research*.

COMISIÓN EUROPEA (2008): Long-term care in the European Union. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Comisión Europea.

DE DIEGO GARCÍA, I. (2001): «La coordinación sociosanitaria y la atención a las personas dependientes». *Revista de Administración Sanitaria. Volumen V*(18)., 101-128.

DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING (AUSTRALIAN GOVERNMENT), (2007): The national evaluation onf the second round of Coordinated Care Trials: Final Report. Part I. Available at: www.health.gov.au

GOODWIN, N., PERRI, E., FREEMAN, T., POSANER, R. (2004). Managing care across diverse networks of care: lessons from other sectors. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D.

GRÖNE, O., GARCÍA-BARBERO, M. (2001): «Integrated care: a position paper of the WHO European Office of Integrated Health Care Services». *Integrated Journal of Integrated Care 1*, e21.

HERRERA, E. (2005): «Retos inmediatos en sanidad: la atención sociosanitaria». *Revista Derecho y Salud* Vol. 13(1), 57-90.

HOFMARCHER, M., OXLEY, H., RUSTICELLI, E. (2007): Improved health system performance through better care coordination. *Working Paper* No. 30. Paris: OECD.

JIMÉNEZ MARTÍN, S., OLIVA, J., VILAPLANA PRIETO, C. (Coords.) (2011): Sanidad y dependencia: matrimonio o divorcio. Ed. Círculo de Sanidad.

KATZ, S. ET AL. (1963): «Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standarized measure of biological and psychosocial function». *Journal of the American Medical Association* 185, 914-919.

LEATT, P. (2002): Integrated service delivery. Sharing the learning: the health transition fund. Synthesis Series. Ottawa: Health Canada.

LIBRO BLANCO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA (2011): Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

LEUTZ, W. (1999): «Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom». *The Milbank Quarterly 77*(1), 77-110.

MAHONEY, F., BARTHEL, D. (1965): «Functional evaluation: the Barthel Index». *Maryland State Medical Journal 14*, 61-65.

RODRÍGUEZ CABRERO, G., MONTSERRAT CODORNIÚ, J. (2002): Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. IMSERSO.

ROGRÍGUEZ, R. (2010): La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes Portal Mayores 106*.

VILAPLANA PRIETO, C. (2011): «Influencia del grado de dependencia sobre el gasto sanitario y social en Castilla y León». *Revista de Investigación Económica y Social de Castilla y León* 14, 17-211.

APÉNDICE A1.
PRESTACIONES SANITARIAS

A1.1. **Atención primaria**

En el apartado de atención primaria, se pregunta al entrevistado cuándo fue la última vez que consultó con un médico general o médico de familia (incluyendo tanto las visitas a la consulta, como las visitas domiciliarias y las consultas telefónicas). En relación al tiempo transcurrido desde la última consulta, y actualizando los pesos muestrales a 2011 se observan los siguientes 4 grupos: 10,9 millones de personas consultaron hace menos de 4 semanas; 18,2 millones de personas consultaron hace más de un mes y menos de un año; 8,6 millones de personas consultaron hace más de un año y, aproximadamente, 357 mil personas respondieron que nunca habían ido a la consulta.

En términos de tasas de prevalencia, 287,55 por cada mil personas de 16 y más años consultaron al menos una vez a un médico de atención primaria durante las cuatro últimas semanas. En este grupo, la tasa de prevalencia aumenta casi en la misma proporción tanto por el efecto del envejecimiento (2,63 veces al pasar de 16-44 años a 85 y más) como a consecuencia de la dependencia (2,65 veces al pasar de independiente a dependiente total).

En el grupo que declara haber consultado hace más de un mes, pero menos de un año, la tasa de prevalencia disminuye más rápidamente al aumentar el grado de dependencia (-43,8% al pasar de independiente a dependiente total) que al aumentar la edad (-19,6%, al pasar de 16-44 años a 85 y más años).

En el caso extremo correspondiente al grupo de los que hace más de un año que no acuden a un médico de atención primaria, destaca la cohorte de los más jóvenes (293,88 por cada mil de 16-44 años) y de las personas calificadas como independientes (260,11 por cada mil).

Cuadro nº A.1. **NÚMERO DE PERSONAS QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA POR TRAMO DE EDAD, GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL) Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA VISITA**

** Últimas cuatro semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	3.367.460	2.579.852	934.896	347.994	54.055	7.355.782
Dep. leve	245.633	919.940	781.026	804.214	241.455	3.098.405
Dep. moderado	4.142	33.121	40.513	96.431	82.196	264.528
Dep. grave	10.845	6.281	19.309	60.740	42.252	149.162
Dep. total	2.886	8.858	5.473	32.473	50.185	101.874
Total	3.630.966	3.548.053	1.781.218	1.341.852	470.143	10.969.750
** Entre 4 semanas y 12 meses						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	9.176.350	4.832.098	1.103.926	369.524	66.913	15.626.009
Dependiente leve	224.936	655.258	540.450	566.345	203.233	2.251.586
Dep. moderado	12.688	37.147	30.055	59.053	43.055	187.945
Dep. grave	7.856	7.429	10.959	35.000	31.917	94.420
Dep. total	2.391	1.941	0	12.216	28.298	45.735
Total	9.424.220	5.533.873	1.685.389	1.042.138	373.416	18.205.695
** Hace más de un año						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	5.478.896	2.346.077	266.165	78.612	10.791	8.201.053
Dep. leve	46.818	134.499	62.400	53.407	40.356	349.178
Dep. moderado	4.664	5.807	3.309	3.233	13.354	30.368
Dep. grave	0	0	5.383	4.886	9.176	19.444
Dep. total	0	2.005	1.476	3.559	8.251	15.291
Total	5.530.379	2.488.388	338.733	143.697	81.929	8.615.334
** Nunca						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	225.383	110.349	6.390	0	1.852	346.457
Dep. leve	7.411	0	419	2.107	0	9.936
Dep. moderado	0	0	0	0	0	0
Dep. grave	0	0	0	0	0	0
Dep. total	0	0	1.373	0	0	1.373
Total	232.793	110.349	8.182	2.107	1.852	357.766

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.2. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA POR TRAMO DE EDAD, GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL) Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA VISITA**

** Últimas cuatro semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	184,54	261,43	404,48	437,11	404,57	233,30
Dep. leve	468,05	538,07	564,21	563,94	497,80	542,71
Dep. moderado	192,72	435,37	548,38	607,57	593,02	547,86
Dep. grave	579,91	458,12	541,63	603,63	506,95	567,10
Dep. total	546,89	691,81	657,68	673,04	578,60	620,15
Total	192,95	303,75	467,08	530,42	506,98	287,55
** Entre 4 semanas y 12 meses						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	502,87	489,65	477,61	464,15	500,80	495,60
Dep. leve	428,61	383,26	390,42	397,14	419,00	394,39
Dep. moderado	590,28	488,29	406,82	372,07	310,63	389,25
Dep. grave	420,09	541,88	307,39	347,82	382,95	358,97
Dep. total	453,11	151,62	0,00	253,19	326,26	278,41
Total	500,80	473,76	441,95	411,95	402,67	477,23
** Hace más de un año						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	300,25	237,74	115,15	98,74	80,77	260,11
Dep. leve	89,21	78,67	45,08	37,45	83,20	61,16
Dep. moderado	217,00	76,34	44,80	20,37	96,35	62,89
Dep. grave	0,00	0,00	150,98	48,55	110,10	73,93
Dep. total	0,00	156,57	177,34	73,77	95,13	93,08
Total	293,88	213,03	88,82	56,80	88,35	225,84
** Nunca						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	12,35	11,18	2,76	0,00	13,86	10,99
Dep. leve	14,12	0,00	0,30	1,48	0,00	1,74
Dep. moderado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dep. grave	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dep. total	0,00	0,00	164,98	0,00	0,00	8,36
Total	12,37	9,45	2,15	0,83	2,00	9,38

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Para el grupo que acudió a una consulta de atención primaria durante las últimas cuatro semanas, se requiere que indique el número de veces que consultó (se entiende que para sí mismo). El número medio de consultas durante el último mes

es de 1,42. Se observa un comportamiento creciente con el grado de dependencia (de 1,31 para independientes a 2,16 para dependientes graves) y con la edad (de 1,4 para 16-44 años a 1,63 para 85 y más años). Los dependientes graves de 85 y más años acudieron a una consulta de atención primaria 3,38 veces en promedio durante el último mes, lo que supone, casi una vez a la semana.

Cuadro nº A.3. **NÚMERO DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS POR TRAMO DE EDAD, GRADO DE DEPENDENCIA Y LUGAR DE LA VISITA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	1,35	1,31	1,23	1,28	1,14	1,31
Dep. leve	1,95	1,63	1,59	1,44	1,50	1,56
Dep. moderado	1,33	1,96	1,78	1,48	1,51	1,66
Dep. grave	1,50	1,67	2,17	1,69	3,38	2,16
Dep. total	1,00	2,40	1,40	1,75	2,30	2,00
Total	1,40	1,40	1,41	1,41	1,63	1,42

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

A1.2. **Atención especializada**

En relación a la atención especializada, se incluyen sólo las visitas a médicos en consultas externas o de urgencias, pero no las visitas realizadas en el hospital como paciente ingresado o atendido en un hospital de día. No se incluyen las visitas al dentista, aunque sí al cirujano maxilofacial. En función del tiempo transcurrido desde la última visita se distinguen los siguientes grupos: 4,5 millones de personas consultaron a un especialista en las últimas 4 semanas; 15,7 consultaron hace más de un mes, pero menos de un año; 15,1 millones de personas consultaron hace más de un año; 2,6 millones de personas respondieron no haber consultado nunca.

A diferencia de la atención primaria, en el caso de las personas que acudieron a una consulta de atención especializada hace menos de 4 semanas, no se observa un perfil creciente de usuarios ni con la edad ni con el grado de dependencia. Las personas calificadas como dependientes moderados (178,05 por cada mil) o con edades comprendidas entre los 65 y 74 años (159,02 por cada mil) se configuran como los mayores usuarios de atención especializada.

Entre los que recibieron atención hace más de un mes, pero menos de un año, también destacan los dependientes moderados (632,24 por cada mil) y la cohorte de 65-74 años (492,32 por cada mil).

En el caso de los que declaran que nunca han asistido a una consulta de atención especializada, sí que se observan puntos en común con la atención primaria, puesto que los grupos con mayores tasas de prevalencia son los más jóvenes (101,48 por cada mil) y los calificados como independientes (80,17 por cada mil).

Cuadro nº A.4. **NÚMERO DE PERSONAS QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR TRAMO DE EDAD, GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL) Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA VISITA**

** Últimas cuatro semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	1.781.509	1.021.816	311.519	81.233	7.116	3.219.057
Dep. leve	148.528	405.819	272.441	225.751	54.560	1.140.833
Dep. moderado	5.696	22.652	18.625	27.675	10.169	85.969
Dep. grave	2.553	660	3.388	22.031	12.012	45.202
Dep. total	0	3.325	466	6.310	12.519	23.100
Total	1.938.286	1.454.271	606.440	362.999	96.376	4.514.161
** Entre 4 semanas y 12 meses						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	6.517.676	4.128.617	1.060.293	382.321	57.069	12.212.705
Dep. leve	266.530	889.606	735.165	748.516	233.452	2.969.793
Dep. moderado	15.798	41.614	51.852	102.655	84.124	305.273
Dep. grave	14.334	9.335	22.302	51.999	44.888	149.292
Dep. total	5.277	7.475	7.855	22.336	40.171	85.521
Total	6.819.616	5.076.648	1.877.467	1.307.827	459.704	15.722.583
** Hace más de un año						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	7.999.759	4.155.780	858.525	313.030	65.284	13.470.418
Dep. leve	92.736	398.633	352.722	413.927	185.426	1.489.741
Dep. moderado	0	11.809	3.400	28.386	40.551	87.839
Dep. grave	1.815	3.714	9.293	24.074	26.445	65.340
Dep. total	0	2.005	0	17.536	32.586	52.127
Total	8.094.310	4.571.942	1.223.940	796.952	350.292	15.165.465
** Nunca						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	1.905.310	513.687	75.455	19.116	3.049	2.527.701
Dep. leve	4.426	12.902	17.288	25.865	5.714	68.208
Dep. moderado	0	0	0	0	3.760	3.760
Dep. grave	0	0	669	0	0	669
Dep. total	0	0	0	885	0	885
Total	1.909.736	526.589	93.412	45.866	12.523	2.601.224

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.5. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR TRAMO DE EDAD, GRADO DE DEPENDENCIA Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA VISITA (ESCALA BARTHEL)**

** Últimas cuatro semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	97,63	103,54	134,78	102,03	53,26	102,10
Dep. leve	283,02	237,36	196,81	158,30	112,48	199,83
Dep. moderado	264,99	297,76	252,11	174,37	73,36	178,05
Dep. grave	136,52	48,17	95,03	218,94	144,13	171,85
Dep. total	0,00	259,67	56,04	130,79	144,34	140,62
Total	103,00	124,50	159,02	143,49	103,93	118,33
** Entre 4 semanas y 12 meses						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	357,17	418,37	458,73	480,22	427,12	387,34
Dep. leve	507,87	520,33	531,08	524,88	481,30	520,19
Dep. moderado	735,01	547,02	701,86	646,78	606,94	632,24
Dep. grave	766,44	680,91	625,56	516,75	538,58	567,60
Dep. total	1000,00	583,76	943,96	462,93	463,14	520,60
Total	362,39	434,62	492,32	516,97	495,72	412,14
** Hace más de un año						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	438,39	421,12	371,43	393,19	488,61	427,24
Dep. leve	176,71	233,16	254,80	290,26	382,29	260,94
Dep. moderado	0,00	155,23	46,03	178,85	292,57	181,92
Dep. grave	97,04	270,92	260,65	239,24	317,29	248,42
Dep. total	0,00	156,57	0,00	363,45	375,70	317,32
Total	430,13	391,41	320,95	315,03	377,74	397,54
** Nunca						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	104,41	52,05	32,65	24,01	22,82	80,17
Dep. leve	8,43	7,55	12,49	18,14	11,78	11,95
Dep. moderado	0,00	0,00	0,00	0,00	27,13	7,79
Dep. grave	0,00	0,00	18,76	0,00	0,00	2,54
Dep. total	0,00	0,00	0,00	18,35	0,00	5,39
Total	101,48	45,08	24,49	18,13	13,50	68,19

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Para el grupo que ha consultado con un especialista durante las últimas cuatro semanas, se pregunta a los entrevistados cuántas veces acudieron a un especialista (no tiene por qué ser el mismo especialista). El número medio de consultas es 1,47, con un máximo de 4 consultas para los dependientes graves de 16-44 años y 4 consultas para los dependientes totales de 45-64 años. A diferencia de lo que ocurría con el número medio de consultas de atención primaria, en este caso, el número medio de consultas de atención especializada durante el último mes de los dependientes totales (1,27) es inferior al de los otros grupos considerados.

Cuadro nº A.6. **NÚMERO DE CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS POR TRAMO DE EDAD, GRADO DE DEPENDENCIA Y LUGAR DE LA VISITA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	1,39	1,39	1,34	1,28	1,25	1,38
Dep. leve	1,81	1,90	1,58	1,24	1,40	1,60
Dep. moderado	1,00	2,21	1,64	2,00	1,50	1,85
Dep. grave	4,00	1,00	1,40	2,29	3,80	2,64
Dep. total	0,00	4,00	1,00	1,17	1,00	1,27
Total	1,43	1,54	1,46	1,37	1,54	1,47

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

El cuadro nº A.7 muestra la distribución porcentual del lugar en el que realizó la última consulta en un especialista (únicamente tomando como referencia a los que consultaron en las últimas cuatro semanas). Debido a su escasa importancia no se muestran los porcentajes correspondientes a las categorías «en su centro de trabajo o de estudios» o «en otro lugar».

El mayor porcentaje de consultas corresponde a la consulta externa de un hospital o ambulatorio (70,69%), seguido por las consultas de médico particular (22,83) y las consultas de urgencias (3,63%). Los dependientes totales presentan una mayor frecuencia de las consultas externas (93,10%), seguidos por los dependientes leves (83,07%). Los dependientes graves muestran el mayor porcentaje en la utilización de servicios de urgencia (20,17%); que alcanza el 30,13% para la cohorte de 85 y más años). Por el contrario, las personas calificadas como independientes son las mayores usuarias de consultas de médico particular (26,92%).

Cuadro nº A.7. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR TRAMO DE EDAD, GRADO DE DEPENDENCIA Y LUGAR DE LA VISITA (ESCALA BARTHEL)**

** Consulta externa de un hospital o ambulatorio						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	61,97	70,51	72,00	74,88	75,25	66,10
Dep. leve	85,01	83,92	79,01	84,95	83,47	83,07
Dep. moderado	100,00	84,17	65,62	74,93	75,80	76,71
Dep. grave	100,00	100,00	78,67	62,39	34,16	62,15
Dep. total	0,00	100,00	100,00	100,00	91,09	93,10
Total	63,89	74,55	75,01	80,83	76,90	70,69
** Servicio de urgencias de un hospital						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	3,79	3,21	4,32	9,26	0,00	3,77
Dep. leve	0,00	0,95	3,66	4,36	0,00	2,13
Dep. moderado	0,00	5,25	14,83	17,15	0,00	10,12
Dep. grave	0,00	0,00	0,00	24,96	30,13	20,17
Dep. total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,07
Total	3,48	2,60	4,32	7,61	3,76	3,63
** Consulta de médico particular						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	29,87	24,23	22,25	15,85	24,75	26,92
Dep. leve	13,22	14,00	14,46	10,50	14,86	13,37
Dep. moderado	0,00	0,00	19,54	4,57	24,20	9,30
Dep. grave	0,00	0,00	0,00	12,64	5,27	7,56
Dep. total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	28,46	20,93	18,53	11,19	13,45	22,83

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Utilizando la información sobre la última visita a una consulta de atención primaria (AP) y/o especializada (AE) se ha construido el cuadro nº A.8 con el objeto de analizar si existen ciertos comportamientos de frecuencia de ambos tipos de asistencia médica en función de la edad y del grado de dependencia. En las dos primeras secciones de la tabla en las que se combina «AP en las 4 últimas semanas» con «AE en las 4 últimas semanas» o con «AE hace más de 4 semanas, pero menos de 1 año» se aprecia un salto al pasar de la cohorte de 45-64 años a la de 65-74 años (pasa de 79,96 a 116,04 por cada mil personas, en el primer caso, y aumenta de 134,36 a 228,95, en el segundo).

Cuadro nº A.8. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN FUNCIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA VISITA, EL TRAMO DE EDAD Y EL GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

** AP: últimas 4 semanas						
** AE: últimas 4 semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	46,76	63,97	93,04	70,76	17,61	56,16
Dep. leve	194,67	165,26	154,31	134,52	75,94	149,35
Dep. moderado	58,94	211,54	159,19	132,83	73,36	127,42
Dep. grave	136,52	48,17	59,06	121,33	115,92	119,97
Dep. total	0,00	259,67	0,00	102,06	144,34	129,34
Total	50,98	79,96	116,04	113,20	77,14	71,77
** AP: últimas 4 semanas						
** AE: más de 4 semanas, menos de 1 año						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	68,16	109,13	185,53	221,02	155,59	94,32
Dep. leve	219,97	274,29	288,72	259,64	208,97	264,92
Dep. moderado	133,78	162,83	378,00	366,81	354,05	320,34
Dep. grave	443,39	409,95	315,16	311,99	224,88	306,64
Dep. total	546,89	432,14	657,68	289,18	212,41	290,90
Total	72,97	134,36	228,95	256,85	224,72	125,02
** AP: más de 4 semanas, menos de 1 año						
** AE: últimas 4 semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	37,01	29,77	34,70	30,72	35,65	34,21
Dep. leve	77,67	60,20	38,92	20,88	36,54	44,12
Dep. moderado	206,05	86,22	59,34	37,80	0,00	44,26
Dep. grave	0,00	0,00	35,96	72,41	0,00	33,30
Dep. total	0,00	0,00	0,00	23,39	0,00	6,87
Total	38,29	34,53	36,64	27,13	24,25	35,70
** AP: más de 4 semanas, menos de 1 año						
** AE: más de 4 semanas, menos de 1 año						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	224,00	241,41	246,27	235,71	239,02	231,32
Dep. leve	264,50	215,90	223,54	242,89	229,39	228,82
Dep. moderado	384,23	328,54	312,65	264,85	202,48	272,32
Dep. grave	323,05	270,96	271,43	181,41	291,56	239,73
Dep. total	453,11	151,62	0,00	105,32	189,77	162,91
Total	225,47	238,18	239,01	236,94	228,64	231,23

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

La utilización de consultas de AP y de AE en las últimas cuatro semanas es más demandada por dos grupos de usuarios: (1) dependientes totales de 45-64 y 85 y más años (259,67 por cada mil y 144,34 por cada mil, respectivamente) y (2) dependientes leves y moderados de 65-74 años (154,31 por cada mil y 159,19 por cada mil, respectivamente).

En el grupo que consultó «AP durante las últimas 4 semanas» y «AE hace más de un mes, pero menos de un año», destacan los dependientes totales: la cohorte de 16-44 años (547 por cada mil) y la cohorte de 65-74 años (658 por cada mil).

Por el contrario, los que han demandado más «AE en las últimas 4 semanas», pero hace más de un mes que acudieron a una consulta de AP son sobre todo, los dependientes moderados de 16-44 años (206,05 por cada mil).

A1.3. **Atención bucodental**

En la EES-2009 se interroga sobre la última visita a un dentista, higienista dental u ortodoncista. Desafortunadamente, no se precisa cuál fue el motivo de la última consulta. Actualizando los pesos muestrales a 2011, se obtiene la siguiente clasificación: 3 millones acudieron a una consulta hace menos de 4 semanas; 14 millones acudieron hace más de un mes, pero menos de un año; 19,8 millones acudieron hace más de un año; 1,2 millones declara que nunca ha ido al dentista.

Entre los que acudieron hace «menos de cuatro semanas», o hace «más de un mes, pero menos de un año», las personas calificadas como independientes presentan las mayores tasas de prevalencia (82,96 por cada mil y 390,84 por cada mil).

En cambio, los dependientes totales y la cohorte de 85 y más años son las categorías más destacadas entre los que hace más de un año que no acuden al dentista (903,09 por cada mil dependientes totales y 830,82 por cada mil personas de 85 y más años).

Esta aparente despreocupación o desatención por el cuidado bucal entre las personas calificadas como dependientes totales, materializada en el hecho de que hace más de un año que no han acudido a la consulta de un dentista, se constata en todas las cohortes de edad (por ejemplo: la tasa de prevalencia es igual a 1.000 para la cohorte de 16-44 años; 957,61 para la de 74-84 años; 931,34 para la de 85 y más años).

Cuadro nº A.9. **NÚMERO DE PERSONAS QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA DE DENTISTA, HIGIENISTA, ORTODONCISTA POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

** Últimas cuatro semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	1.487.083	910.424	170.479	33.666	5.312	2.615.647
Dep. leve	45.682	142.387	116.829	67.422	11.734	401.231
Dep. moderado	0	0	6.441	4.984	531	11.956
Dep. grave	0	0	1.617	1.643	0	3.259
Dep. total	0	0	0	318	0	318
Total	1.532.765	1.052.811	295.366	108.033	17.577	3.032.413
** Entre 4 semanas y 12 meses						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	7.338.091	3.913.163	824.351	169.270	27.839	12.322.866
Dep. leve	187.766	602.411	400.776	236.431	66.948	1.549.309
Dep. moderado	6.423	18.957	18.483	31.495	12.492	88.829
Dep. grave	8.478	6.613	7.839	9.125	5.531	38.653
Dep. total	0	3.325	1.439	1.257	5.778	11.800
Total	7.540.757	4.544.469	1.252.888	447.579	118.589	14.011.458
** Hace más de un año						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	8.633.757	4.864.496	1.276.061	571.647	99.203	15.555.023
Dep. leve	271.383	929.956	837.171	1.076.385	394.724	3.616.016
Dep. moderado	14.177	54.960	46.785	113.709	121.233	363.958
Dep. grave	5.350	5.139	20.129	89.858	74.509	204.909
Dep. total	5.277	7.225	5.983	46.203	80.779	148.354
Total	8.929.944	5.861.776	2.186.128	1.897.802	770.449	19.888.260
** Nunca						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	789.160	180.293	40.484	21.547	1.257	1.035.758
Dep. leve	19.966	34.942	29.519	45.834	11.637	142.550
Dep. moderado	894	2.159	2.169	8.529	4.348	18.098
Dep. grave	4.874	1.959	6.066	0	3.306	16.204
Dep. total	0	2.254	900	469	178	3.801
Total	814.894	221.607	79.139	76.379	20.724	1.216.411

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.10. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A UNA CONSULTA DE DENTISTA, HIGIENISTA U ORTODONCISTA POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

** Últimas cuatro semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	81,49	92,26	73,76	42,29	39,75	82,96
Dep. leve	87,05	83,28	84,40	47,28	24,19	70,28
Dep. moderado	0,00	0,00	87,18	31,40	3,83	24,76
Dep. grave	0,00	0,00	45,34	16,32	0,00	12,39
Dep. total	0,00	0,00	0,00	6,60	0,00	1,94
Total	81,45	90,13	77,45	42,70	18,95	79,49
** Entre 4 semanas y 12 meses						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	402,13	396,54	356,65	212,62	208,36	390,84
Dep. leve	357,79	352,35	289,52	165,79	138,03	271,38
Dep. moderado	298,82	249,18	250,18	198,43	90,13	183,97
Dep. grave	453,30	482,33	219,90	90,69	66,37	146,96
Dep. total	0,00	259,67	172,96	26,06	66,62	71,83
Total	400,71	389,06	328,54	176,92	127,88	367,29
** Hace más de un año						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	473,13	492,94	552,08	718,03	742,48	493,35
Dep. leve	517,12	543,93	604,76	754,79	813,79	633,38
Dep. moderado	659,58	722,44	633,27	716,43	874,67	753,78
Dep. grave	286,09	374,81	564,61	892,99	893,97	779,05
Dep. total	1000,00	564,27	718,91	957,61	931,34	903,09
Total	474,53	501,84	573,26	750,18	830,82	521,34
** Nunca						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	43,25	18,27	17,52	27,06	9,40	32,85
Dep. leve	38,05	20,44	21,32	32,14	23,99	24,97
Dep. moderado	41,60	28,37	29,37	53,73	31,37	37,48
Dep. grave	260,61	142,86	170,15	0,00	39,66	61,61
Dep. total	0,00	176,06	108,13	9,73	2,05	23,14
Total	43,30	18,97	20,75	30,19	22,35	31,89

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

A1.4. **Enfermería**

En la EES-2009 se pregunta a los entrevistados si en los últimos 12 meses han visitado la enfermería (excluyendo las hospitalizaciones, atención domiciliaria, en un laboratorio médico o centro de radiología). Actualizando los pesos muestrales a 2011, se estima que durante ese año algo más de 4 millones de personas recibieron atención de enfermería (105,61 personas por cada mil de 16 y más años).

La tasa de prevalencia correspondiente a la recepción de servicios de enfermería aumenta con el grado de dependencia (de 87,34 por cada mil personas independientes a 410,20 por cada mil personas dependientes totales). También aumenta con la edad (de 86,85 por cada mil personas de entre 16-44 años a 205,75 por cada mil de 85 años en adelante). Por consiguiente, la progresión de la tasa de prevalencia es mayor al aumentar el grado de dependencia que por el efecto del envejecimiento.

Por otra parte, llama la atención el elevado consumo de servicios de enfermería por parte de la cohorte de 45-64 años (400,58 por cada mil personas dependientes moderadas y 442,60 por cada mil personas dependientes totales de esa cohorte de edad).

Cuadro nº A.11. **NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBIERON ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	1.543.893	758.342	308.988	112.673	7.872	2.753.754
Dep. leve	89.942	264.052	260.704	263.716	87.889	1.001.210
Dep. moderado	551	30.474	22.264	36.949	36.263	129.281
Dep. grave	0	2.404	7.431	42.134	20.764	77.290
Dep. total	0	5.667	1.819	19.892	38.009	67.385
Total	1.634.387	1.060.938	601.206	475.364	190.796	4.028.920

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.12. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE RECIBIERON ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	84,61	76,85	133,68	141,53	58,92	87,34
Dep. leve	171,38	154,44	188,33	184,92	181,20	175,37
Dep. moderado	25,65	400,58	301,37	232,80	261,63	267,75
Dep. grave	0,00	175,33	208,43	418,72	249,13	293,85
Dep. total	0,00	442,60	218,54	412,28	438,22	410,20
Total	86,85	90,83	157,65	187,91	205,75	105,61

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

A1.5. **Hospital**

Al analizar el comportamiento de la atención hospitalaria en función del grado de dependencia se han descontado las estancias para dar a luz (incluyendo cesárea). Tampoco se incluyen las visitas a urgencias y las consultas externas o ambulatorias. En primer lugar, se ha calculado la distribución por edad y grado de dependencia de las personas que han estado ingresadas durante al menos una noche en el hospital a lo largo del último año.

Se estima que esta cifra asciende a algo más de 3 millones de personas (80,76 por cada mil). El perfil de las estancias hospitalarias es creciente con el grado de dependencia (de 56,34 por cada mil personas independientes a 358,29 por cada mil dependientes totales). En relación a la edad, alcanza un máximo para la cohorte de 75-84 años (190,79 por cada mil) y luego desciende a 168,06 por cada mil para las personas de 85 y más años. El grupo con mayor tasa de ingresos hospitalarios es el de los dependientes totales de 65-74 años (657,68 por cada mil han estado ingresados durante el último año).

Cuadro nº A.13. **NÚMERO DE PERSONAS PASARON AL MENOS UNA NOCHE INGRESADOS EN UN HOSPITAL POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	872.141	534.844	249.039	101.488	12.159	1.776.247
Dep. leve	84.670	294.272	266.515	272.922	68.592	1.015.763
Dep. moderado	11.417	26.705	24.168	50.210	26.226	142.611
Dep. grave	4.874	1.650	13.235	37.978	23.304	87.277
Dep. total	0	6.860	5.473	20.069	25.568	58.857
Total	973.102	864.330	558.430	482.667	155.849	3.080.755

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.14. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE PASARON AL MENOS UNA NOCHE INGRESADOS EN UN HOSPITAL POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	47,79	54,20	107,74	127,48	91,00	56,34
Dep. leve	161,34	172,12	192,53	191,38	141,41	177,92
Dep. moderado	531,18	351,03	327,13	316,35	189,21	295,36
Dep. grave	260,61	120,32	371,24	377,42	279,61	331,82
Dep. total	0,00	535,71	657,68	415,95	294,78	358,29
Total	51,71	74,00	146,43	190,79	168,06	80,76

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Dentro del grupo de personas que han estado hospitalizadas al menos durante una noche, es posible conocer el número total de ingresos a lo largo del último año. El número promedio de ingresos es de 1,38 aunque con una amplia variabilidad. El grupo de los dependientes graves concentra el mayor número de ingresos: 4 para la cohorte de 16-44 años; 3,11 para la cohorte de 65-74 años y 2,04 para la cohorte de 75-84 años.

Cuadro nº A.15. **NÚMERO MEDIO DE INGRESOS HOSPITALARIOS PARA LAS PERSONAS QUE PASARON AL MENOS UNA NOCHE EN EL HOSPITAL DURANTE EL ÚLTIMO AÑO POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	1,18	1,19	1,19	1,26	1,00	1,19
Dep. leve	1,72	1,52	1,40	1,55	1,56	1,50
Dep. moderado	1,75	1,41	1,95	2,24	1,87	1,97
Dep. grave	4,00	1,00	3,11	2,04	1,33	2,02
Dep. total	0,00	1,33	1,00	1,50	1,40	1,38
Total	1,24	1,31	1,37	1,58	1,53	1,38

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Por último, se interroga sobre la duración de todas las estancias hospitalarias. La duración media de las estancias hospitalarias ocurridas durante el último año ha sido de 8,68 días. La duración de las estancias es creciente con la edad del paciente: de 3,48 días para 16-44 años a 14 días para la cohorte de 85 y más años. Las estancias hospitalarias más largas corresponden a los dependientes graves de 16-44 años (45 días) y los dependientes totales de 45-64 años (62 días).

Cuadro nº A.16. **ESTANCIA MEDIA (DÍAS/AÑO) DE LAS PERSONAS QUE ESTUVIERON INGRESADAS EN UN HOSPITAL POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	2,85	6,80	9,22	7,68	7,60	5,20
Dep. leve	8,08	9,04	10,13	11,56	15,38	10,72
Dep. moderado	31,75	33,06	22,84	22,32	15,35	23,22
Dep. grave	45,00	15,00	41,57	18,75	9,00	27,59
Dep. total	0,00	62,00	35,60	10,13	14,36	19,03
Total	3,48	8,73	11,19	12,02	14,00	8,68

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

A1.6. **Hospital de Día**

La EES-2009 recaba información sobre la utilización de hospitales de día. En concreto, sobre si durante el último año, el entrevistado ha ocupado una cama o sillón cama de un hospital para la realización de pruebas diagnósticas o intervenciones que no requerían pasar la noche. Actualizando los pesos muestrales a 2011, se estima que 3,3 millones de personas recibieron atención en un hospital de día (88 personas por cada mil de 16 y más años).

Para todos los grados de dependencia, la tasa de prevalencia desciende de forma acusada al pasar de la cohorte de 75-84 años a la de 85 y más años (de 143,87 por cada mil a sólo 96,69 por cada mil). Los mayores usuarios de hospitales de día son: (1) los dependientes graves de la cohorte más joven (375,58 por cada mil) y (2) los dependientes totales de 45-64 años (515,76 por cada mil).

Cuadro nº A.17. **NÚMERO DE PERSONAS QUE HAN SIDO ADMITIDOS EN UN HOSPITAL DE DÍA POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	1.260.887	695.799	205.112	76.891	9.677	2.258.823
Dep. leve	106.747	285.569	234.200	219.305	53.117	924.954
Dep. moderado	4.429	14.322	20.078	29.942	11.975	87.641
Dep. grave	7.024	3.574	5.353	29.732	6.528	55.073
Dep. total	0	6.604	2.812	8.095	8.363	27.394
Total	1.379.087	1.005.868	467.554	363.965	89.660	3.353.885

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009)

Cuadro nº A.18. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS HAN SIDO ADMITIDAS EN UN HOSPITAL DE DÍA POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	69,10	70,51	88,74	96,58	72,43	71,64
Dep. leve	203,41	167,03	169,18	153,78	109,51	162,01
Dep. moderado	206,05	188,26	271,77	188,65	86,39	181,51
Dep. grave	375,58	260,70	150,15	295,47	78,33	209,38
Dep. total	0,00	515,76	337,94	167,78	96,42	166,76
Total	73,28	86,11	122,60	143,87	96,69	87,92

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009)

Entre aquellos que recibieron el servicio de hospital de día, la estancia media fue de 3,3 días. El grupo de dependientes totales de 45-54 años, que manifestaba la mayor tasa de prevalencia de usuarios, también destaca por la duración de los tratamientos recibidos (en promedio, 29 días). Pero no siempre existe una relación directa entre número de usuarios y duración del tratamiento. De hecho, la tasa de prevalencia de los dependientes moderados de 45-64 años, es sólo de 188 por cada mil, y sin embargo, han acudido una media de 38 días en el último año a un hospital de día.

Cuadro nº A.19. **ESTANCIA MEDIA (DÍAS/AÑO) DE LAS PERSONAS QUE ESTUVIERON UN HOSPITAL DE DÍA POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	1,79	3,06	4,53	1,80	1,00	2,52
Dep. leve	3,12	5,05	3,46	3,54	2,75	3,81
Dep. moderado	2,00	38,11	2,93	12,54	3,00	11,89
Dep. grave	1,50	3,33	4,00	2,38	3,33	2,60
Dep. total	0,00	29,00	3,00	6,14	1,67	7,89
Total	1,89	4,31	3,90	4,02	2,55	3,30

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

A1.7. **Medicamentos**

En la EES-2009 se pregunta a los entrevistados sobre el consumo de medicamentos recetados, aunque no se precisa si la receta ha sido dispensada en consulta de atención primaria o especializada, o si se trataba de una consulta pública o privada. Se dispone de información sobre 16 categorías o grupos terapéuticos. Lo primero que se ha hecho ha sido calcular la tasa de prevalencia del número de personas que al menos han consumido un medicamento recetado durante las últimas 2 semanas.

En promedio, 535 de cada mil personas de 16 y más años han consumido al menos un medicamento recetado. Los mayores consumidores de medicamentos son los dependientes moderados (957,05 de cada mil) aunque seguidos a muy corta distancia por los dependientes totales y los dependientes graves (954,26 y 953,37, respectivamente). En función de la edad, el mayor consumo corresponde a la cohorte de 85 y más años (938,10 por cada mil).

Llama la atención el fuerte incremento en el porcentaje de población consumidora de medicamentos que se produce al pasar de «independiente» a «dependiente leve» (se multiplica por 2) y de la cohorte de 16-44 años a la de 45-64 años (se multiplica por 1,78).

Cuadro nº A.20. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE HAN CONSUMIDO AL MENOS UN MEDICAMENTO RECETADO POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	330,07	562,37	797,68	849,04	828,57	455,04
Dep. leve	762,97	889,67	923,26	957,75	953,28	910,84
Dep. moderado	1000,00	833,60	990,26	1000,00	960,37	957,05
Dep. grave	902,96	856,43	964,61	991,31	923,85	953,37
Dep. total	1000,00	770,28	878,70	926,16	1000,00	954,26
Total	343,66	612,62	848,73	926,92	938,10	535,19

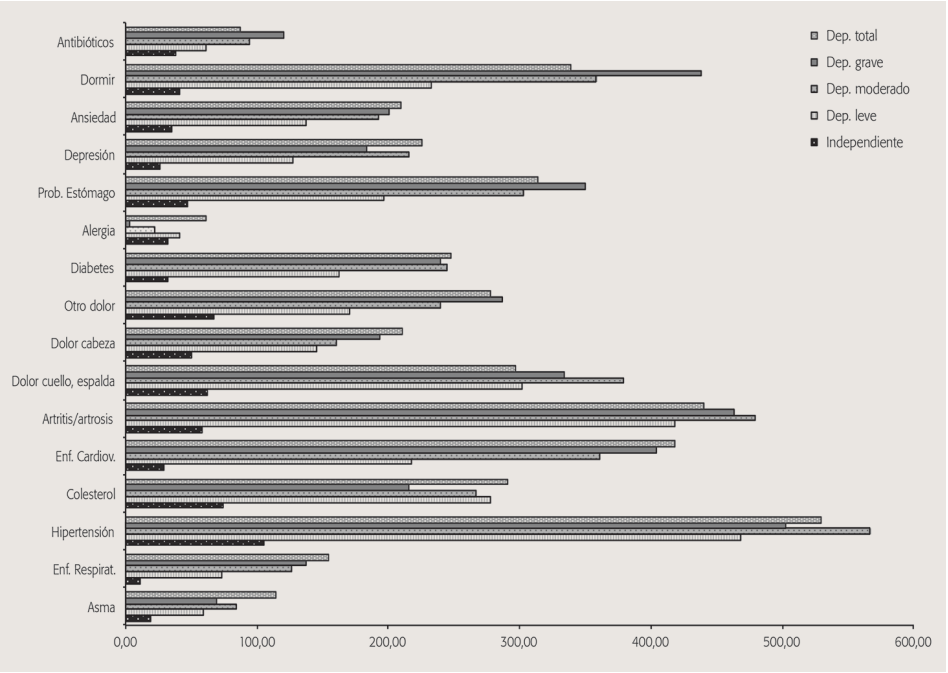
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Para una mejor visualización de los diferentes patrones de consumo de medicamentos en función del grado de dependencia, en el gráfico nº A.1 se han representado las tasas de prevalencia solamente en función del grado de dependencia (agregando todas las cohortes de edad).

Como es lógico, para 16 categorías de medicamentos consideradas, las personas calificadas como independientes manifiestan las menores tasas de prevalencia. En el extremo opuesto, los dependientes totales presentan los mayores consumos de medicamentos para enfermedades cardiovasculares, bronquitis y otros problemas respiratorios, asma, colesterol, alergias, dolor de cabeza y depresión. Los dependientes graves son los mayores consumidores de medicamentos para problemas de estómago, pastillas para dormir y antibióticos.

Por otra parte, los dependientes moderados son los mayores consumidores de medicamentos para la hipertensión, artritis/artrosis y dolor de cabeza o cuello. Aunque los dependientes leves no resultan ser los mayores consumidores de medicamentos para ninguna de las categorías consideradas, llama la atención la escasa distancia entre consumo de dependientes leves respecto a otras categorías de dependencia superiores en lo que se refiere a medicamentos para la hipertensión, colesterol, artritis/artrosis y dolor de cuello o espalda.

Gráfico nº A.1. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS RECETADOS POR TIPO DE MEDICAMENTO Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

En el cuadro nº A.21 se muestran las tasas de prevalencia para cada uno de los 16 grupos terapéuticos considerados (por razones de espacio no se muestran las cifras absolutas).

Es conveniente destacar el elevado consumo de medicamentos en la cohorte más joven (16-44 años). Las personas calificadas como dependientes totales de esta cohorte de edad presentan las mayores tasas de prevalencia para 4 grupos terapéuticos (artritis o artrosis; dolor en cuello o espalda; tensión o ansiedad; pastillas para dormir), y las personas calificadas como dependientes graves presentan las mayores tasas de prevalancia para 2 grupos terapéuticos (bronquitis y otras enfermedades respiratorias; otro dolor).

Aunque es cierto que para muchos grupos terapéuticos la tasa de prevalencia es creciente con la edad, los mayores incrementos no se encuentran entre las cohortes de edad más avanzada (por ejemplo: al pasar de 75-84 años, a 85 y más años) sino al pasar de la cohorte de 16-44 años a la de 45-64 años. Por ejemplo: la tasa de prevalencia de consumo de medicamentos para enfermedades cardiovasculares se multiplica por 16,3 al pasar de 16-44 a 45-64 años; por 12,7 para hipertensión arterial; por

12,4 para medicamentos para reducir el colesterol y por 5,88 para medicamentos para artritis/artrosis.

Por último, tal vez habría que realizar una llamada de atención al elevado consumo de medicamentos que se puede estar produciendo en algunos casos. Prueba de ello es que para 5 grupos terapéuticos la tasa de prevalencia de las personas independientes de 16-44 años es superior a la de la cohorte de 85 y más años (dolor en cuello o espalda, dolor de cabeza o migrañas, otros dolores, depresión, antibióticos).

Cuadro nº A.21. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE CONSUMO MEDICAMENTOS (RECETADOS) POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

** Asma						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	20,11	14,79	28,39	21,29	32,12	19,12
Dep. leve	59,81	55,95	67,86	58,66	52,44	59,70
Dep. moderado	0,00	51,93	131,56	86,19	89,71	84,43
Dep. grave	136,52	163,20	8,72	49,12	46,80	69,62
Dep. total	0,00	93,11	133,41	71,86	149,34	113,97
Total	21,31	21,32	44,76	48,50	63,64	26,78
** Bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	6,51	9,22	33,03	48,27	95,09	10,84
Dep. leve	30,62	71,83	91,95	75,58	70,16	73,62
Dep. moderado	0,00	55,88	95,17	163,58	135,09	125,99
Dep. grave	397,13	163,20	0,00	70,25	165,52	137,16
Dep. total	0,00	0,00	298,39	199,08	147,15	154,20
Total	7,57	18,85	55,89	74,65	99,23	23,19
** Hipertensión arterial						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	13,00	165,52	402,82	482,58	497,20	105,81
Dep. leve	91,84	352,38	561,98	605,34	570,64	468,80
Dep. moderado	25,65	490,84	665,77	598,82	592,77	566,75
Dep. grave	136,52	428,22	333,12	615,59	489,92	502,61
Dep. total	0,00	535,71	556,48	584,81	529,46	529,58
Total	15,33	195,71	465,37	566,31	552,26	170,53

.../...

** Reducir el colesterol en sangre						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	9,80	127,74	265,99	255,13	165,86	73,80
Dep. leve	60,48	221,91	389,09	313,79	243,61	277,65
Dep. moderado	206,05	213,81	238,63	369,22	187,67	267,12
Dep. grave	0,00	224,17	246,15	246,98	182,34	215,39
Dep. total	0,00	93,11	354,43	382,85	284,03	290,54
Total	11,43	142,16	310,15	297,47	222,32	108,66
** Otras enfermedades cardiovasculares (infarto cerebral, ataque al corazón)						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	2,35	38,40	119,28	204,03	208,00	28,73
Dep. leve	15,58	148,80	247,28	301,23	302,69	217,19
Dep. moderado	397,77	188,03	418,05	409,93	384,46	361,28
Dep. grave	260,61	169,58	223,26	535,56	361,85	404,60
Dep. total	0,00	352,78	689,89	343,32	465,16	418,13
Total	3,43	56,03	173,75	287,58	321,78	65,41
** Dolor en las articulaciones (artritis, artrosis)						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	18,55	95,43	159,77	178,73	154,16	58,38
Dep. leve	229,84	422,05	465,78	436,81	380,88	418,15
Dep. moderado	84,59	386,47	581,72	555,22	431,92	479,28
Dep. grave	189,05	344,91	520,64	364,82	588,89	462,84
Dep. total	546,89	687,33	164,98	347,08	462,50	440,29
Total	24,83	146,07	282,41	358,44	382,17	121,98
** Dolor en el cuello o espalda						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	40,68	94,35	99,26	64,34	39,72	62,57
Dep. leve	305,72	365,42	312,89	255,84	156,27	302,34
Dep. moderado	386,20	388,36	465,31	385,92	304,43	379,36
Dep. grave	189,05	344,91	401,00	270,92	379,18	333,66
Dep. total	546,89	770,28	164,98	282,71	214,54	296,93
Total	48,75	136,98	186,86	204,85	187,10	105,34
** Dolor de cabeza o migrañas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	46,21	60,64	38,49	34,51	13,86	49,79
Dep. leve	207,09	184,66	120,98	111,75	99,25	145,35
Dep. moderado	117,05	167,50	168,07	208,72	110,84	160,59
Dep. grave	189,05	380,05	318,59	85,27	230,42	193,33
Dep. total	0,00	535,71	164,98	277,83	121,33	210,43
Total	50,91	80,38	73,84	95,64	102,53	67,17

.../...

** Otro dolor						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	67,92	66,97	73,46	47,95	48,07	67,38
Dep. leve	246,42	180,74	156,08	162,48	119,27	170,83
Dep. moderado	25,65	229,06	312,32	276,87	211,47	239,70
Dep. grave	713,91	544,66	316,25	198,58	230,58	287,15
Dep. total	0,00	176,06	379,07	267,28	304,73	277,73
Total	73,47	85,36	111,01	137,05	150,14	87,46
** Diabetes						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	5,68	51,71	106,40	137,04	77,69	31,69
Dep. leve	56,12	114,40	218,37	213,58	132,12	162,76
Dep. moderado	0,00	149,20	271,58	297,42	228,57	244,81
Dep. grave	0,00	176,23	256,74	273,23	213,61	239,63
Dep. total	0,00	352,78	80,68	395,49	179,08	247,70
Total	7,07	62,00	151,59	200,60	150,41	56,36
** Síntomas alérgicos						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	33,89	31,14	32,90	14,06	43,19	32,39
Dep. leve	80,34	50,57	34,45	27,85	12,11	40,90
Dep. moderado	0,00	35,48	11,22	37,83	8,54	22,19
Dep. grave	0,00	0,00	0,00	8,75	0,00	3,35
Dep. total	0,00	0,00	0,00	145,73	35,86	61,74
Total	35,11	33,94	32,66	25,63	17,19	33,46
** Problemas del estómago						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	27,74	62,64	100,49	105,52	177,48	47,20
Dep. leve	159,42	196,60	215,77	204,46	160,40	196,86
Dep. moderado	199,54	417,25	435,33	284,10	207,48	302,44
Dep. grave	397,13	247,48	499,31	282,23	391,13	349,81
Dep. total	0,00	618,66	295,91	381,28	247,50	314,20
Total	31,97	85,39	152,98	184,78	198,78	76,07
** Depresión						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	16,78	37,06	41,14	49,06	3,91	25,92
Dep. leve	170,31	172,20	138,44	77,13	46,65	127,22
Dep. moderado	117,05	368,90	289,58	210,32	105,06	215,53
Dep. grave	136,52	265,69	232,81	150,47	169,13	183,97
Dep. total	0,00	618,66	354,43	276,65	138,33	225,87
Total	21,29	59,91	83,75	83,37	68,81	45,43

.../...

.../...

** Tensión o ansiedad						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	23,93	46,36	69,19	40,69	72,03	35,08
Dep. leve	217,59	178,68	123,40	95,45	65,50	137,06
Dep. moderado	158,65	359,17	253,45	173,28	70,95	193,08
Dep. grave	459,57	295,64	164,87	109,58	190,42	200,17
Dep. total	546,89	352,78	527,39	161,94	143,64	209,84
Total	30,07	68,39	94,33	84,93	85,79	54,23
** Pastillas para dormir						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	16,18	62,84	103,83	127,74	107,43	41,15
Dep. leve	204,77	215,56	257,92	240,42	225,26	233,04
Dep. moderado	223,14	339,94	425,49	425,20	257,55	358,02
Dep. grave	189,05	494,42	394,55	487,73	392,28	437,88
Dep. total	546,89	352,78	664,61	319,72	287,79	339,24
Total	22,00	87,82	169,94	227,90	233,97	77,90
** Antibióticos						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	41,80	35,55	35,80	15,27	12,25	38,54
Dep. leve	121,10	63,80	69,90	39,27	26,67	61,68
Dep. moderado	206,05	23,43	170,66	58,97	124,59	94,13
Dep. grave	323,05	85,14	99,31	71,16	106,39	120,73
Dep. total	0,00	352,78	0,00	105,77	54,51	87,34
Total	44,47	40,01	51,31	35,49	49,00	43,48

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Para aquellos que declaran haber consumido al menos un medicamento recetado, se ha calculado el número medio de medicamentos consumidos (3,61). El consumo medio de medicamentos aumenta más con el grado de dependencia (1,91 veces, al pasar de independiente a dependiente total) que con la edad del individuo (1,16 veces, al pasar de 16-44 años, a 85 y más años).

Los dependientes graves son los que consumen más medicamentos (5,87 en promedio), destacando que en este caso son las dos cohortes más jóvenes las que presentan un consumo bastante superior (8,20 medicamentos para la cohorte de 16-44 y 7,66 para la cohorte de 45-64 años), frente a «solamente» 5,50 medicamentos para los dependientes graves de 85 y más años.

Cuadro nº A.22. **NÚMERO MEDIO DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS (Y RECETADOS) POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	3.36	2.77	3.01	2.74	2.71	2.99
Dep. leve	4.38	4.60	4.72	4.32	3.82	4.47
Dep. moderado	3.00	5.76	6.52	5.40	4.85	5.47
Dep. grave	8.20	7.33	4.95	5.67	5.50	5.87
Dep. total	4.00	8.00	6.57	5.83	5.31	5.72
Total	3.46	3.26	3.85	3.99	4.04	3.61

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

A1.8. **Pruebas médicas**

Aunque nos gustaría disponer de información sobre un mayor número de pruebas médicas, la EES-2009 sólo pregunta sobre la realización de pruebas en laboratorio de análisis o en centro de radiología. Como en la misma pregunta se recogen ambas posibilidades, tampoco es posible realizar un análisis por separado para cada prueba. Es evidente que el catálogo de pruebas médicas es mucho más extenso, por lo que los resultados de este apartado deben interpretarse como un indicador de lo que suelen ser las pruebas más habituales. Se estima que 25,6 millones de personas de 16 y más años se hicieron al menos una radiografía o un análisis clínico durante el último año (670,97 por cada mil personas de 16 y más años).

A diferencia de otras prestaciones, en este caso, y puede que influido por el hecho de considerar sólo dos tipos de pruebas médicas de forma agregada, la tasa de prevalencia no es creciente con el grado de dependencia. La mayor tasa de prevalencia corresponde a los dependientes moderados (846,42 por cada mil), seguido por los dependientes leves (803,39 por cada mil).

Tampoco se aprecia un perfil creciente con la edad, puesto que la realización de pruebas médicas es mayor entre la cohorte de 75-84 años respecto a la de 85 y más años. Además, la tasa de prevalencia alcanza su máximo para los dependientes totales de 65-74 años (todos se hicieron al menos una prueba durante el último año).

Cuadro nº A.23. **NÚMERO DE PERSONAS A LAS QUE SE REALIZARON PRUEBAS MÉDICAS POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	10.975.294	6.817.670	1.700.932	570.063	91.911	20.276.593
Dep. leve	416.522	1.357.978	1.143.341	1.150.358	364.341	4.586.612
Dep. moderado	17.503	72.411	64.074	129.138	114.428	408.687
Dep. grave	3.536	11.473	27.989	84.263	62.649	200.900
Dep. total	2.391	8.858	8.322	39.504	61.765	123.726
Total	11.415.245	8.268.389	2.944.658	1.973.326	695.094	25.596.518

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.24. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE REALIZARON PRUEBAS MÉDICAS POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	601,45	690,86	735,90	716,04	687,90	643,10
Dep. leve	793,68	794,28	825,94	806,66	751,15	803,39
Dep. moderado	814,30	951,83	867,30	813,64	825,57	846,42
Dep. grave	189,05	836,80	785,09	837,39	751,67	763,80
Dep. total	453,11	691,81	1000,00	818,76	712,11	753,17
Total	606,60	707,87	772,16	780,03	749,56	670,97

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

A1.9. **Rehabilitación**

Bajo la denominación de tratamientos rehabilitadores se recoge la recepción de tratamientos por parte de un fisioterapeuta o quinesiterapeuta durante el último año. Se estima que 4,6 millones de personas recibieron este tipo de prestaciones durante al año 2011. Es conveniente destacar que la tasa de prevalencia es decreciente con la edad (139,78 por cada mil personas de 65 y más años frente a sólo 54,86 personas por cada mil persona de 85 y más años). También se aprecia un brusco descenso en la tasa de prevalencia al pasar de dependientes moderados (161,60 por cada mil) a dependientes graves (110,32 por cada mil) y dependientes totales (sólo 100,61 por cada mil).

Cuadro nº A.25. **NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBIERON TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	2.245.370	1.242.381	204.300	29.499	4.353	3.731.207
Dep. leve	150.021	357.851	155.454	96.792	29.806	806.938
Dep. moderado	10.215	25.991	18.376	16.309	7.137	78.029
Dep. grave	982	2.914	4.450	16.485	4.186	29.017
Dep. total	0	3.535	1.352	6.248	5.392	16.527
Total	2.406.589	1.632.671	383.932	165.333	50.874	4.661.718

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.26. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE RECIBIERON TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	123,05	125,90	88,39	37,05	32,58	118,34
Dep. leve	285,87	209,31	112,30	67,87	61,45	141,34
Dep. moderado	475,25	341,66	248,74	102,76	51,49	161,60
Dep. grave	52,53	212,53	124,81	163,82	50,23	110,32
Dep. total	0,00	276,04	162,50	129,49	62,17	100,61
Total	127,89	139,78	100,68	65,35	54,86	122,20

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

A1.10. **Vacunación**

La EES-2009 recoge información sobre el número de personas que fueron vacunadas de la gripe. A los entrevistados que contestaron que sí habían sido vacunados de la gripe, se les requirió que precisaran si les habían vacunado «durante ese año», «durante al año pasado» o «en la campaña anterior a la del año pasado». Como el periodo de recogida de la información fue de abril de 2009 a marzo de 2010, para la realización de los cuadros que se muestran a continuación, se ha considerado a los que respondieron que habían sido vacunados «durante ese año» o «durante al año pasado».

Actualizando los pesos muestrales a 2011 se estima que 12,9 millones de personas fueron vacunadas contra la gripe (338 por cada mil personas de 16 y más años). Al pa-

sar de la cohorte de 16-44 años a la de 85 años en adelante, se aprecia que la tasa de prevalencia se multiplica por 4,4. De hecho, para la vacunación contra la gripe, la edad ejerce mayor efecto intensificador que el grado de dependencia, como lo ponen de relieve los elevados valores de la tasa de prevalencia para las cohortes de 75-84 años y 85 y más años, independientemente de cuál sea el grado de dependencia.

Cuadro nº A.27. **NÚMERO DE PERSONAS A LAS QUE SE VACUNARON DE LA GRIPE POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	3.337.667	2.875.049	1.464.276	650.702	111.620	8.580.293
Dep. leve	159.594	755.696	1.035.289	1.158.450	403.143	3.652.952
Dep. moderado	2.831	38.274	53.798	110.110	117.331	334.550
Dep. grave	8.595	9.585	26.177	87.981	60.935	203.462
Dep. total	0	10.806	4.500	43.339	75.565	135.728
Total	3.508.687	3.689.410	2.584.040	2.050.582	768.595	12.906.985

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.28. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE SE VACUNARON DE LA GRIPE POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	182,91	291,34	633,51	817,33	835,41	272,14
Dep. leve	304,11	442,01	747,88	812,34	831,15	639,85
Dep. moderado	131,73	503,10	728,20	693,75	846,52	692,88
Dep. grave	459,57	699,14	734,26	874,34	731,11	773,54
Dep. total	0,00	843,90	540,76	898,25	871,21	826,24
Total	186,45	315,86	677,60	810,57	828,82	338,33

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

APÉNDICE A2.
PRESTACIONES SOCIALES

Como ya se ha mencionado en la sección segunda, sólo se dispone de información sobre prestaciones sociales recibidas en el hogar: (1) atención domiciliaria prestada por un enfermero; (2) ayuda domiciliaria para las tareas domésticas; (3) comidas a domicilio; (4) servicios especiales de transporte a domicilio; (5) otros servicios de asistencia domiciliaria (acompañamiento, apoyo psicológico,…). En términos absolutos, las prestaciones más numerosas son las de «atención domiciliaria prestada por un enfermero» (783.587 personas) y «servicios especiales de transporte» (625.447 personas).

Para las cinco prestaciones, la tasa de prevalencia aumenta con la edad. Destaca el salto que se produce en «ayuda domiciliaria para tareas domésticas» al pasar de 45-64 a 65-74 (la tasa de prevalencia se multiplica por 4,6) y al pasar de 65-74 a 75-84 años (la tasa de prevalencia se multiplica por 2,9).

En relación al grado de dependencia, los dependientes totales son los mayores receptores de «atención domiciliaria prestada por un enfermero» (569,91 de cada mil), «servicios de transporte» (345,29 por cada mil) y «ayuda domiciliaria para tareas domésticas» (276,43 por cada mil).

Los dependientes totales de entre 65-74 años son los mayores consumidores de todas las prestaciones analizadas con la excepción de «otros servicios de asistencia domiciliaria». Por ejemplo: 798,02 de cada mil reciben atención de un enfermero, 770,57 de cada mil utilizan servicios de transporte, 468,88 de cada mil reciben ayuda para tareas domésticas y 172,96 de cada mil reciben comida a domicilio.

Por último, y en relación a la categoría de «otros servicios a domicilio» los mayores receptores son los dependientes totales más jóvenes (16-44 años).

Cuadro nº A.29. **NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBIERON ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

** Atención domiciliaria prestada por un enfermero						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	90.212	52.034	16.113	20.330	3.873	182.562
Dep. leve	9.633	52.411	53.639	107.252	51.076	283.312
Dep. moderado	551	6.286	18.536	35.867	37.865	102.499
Dep. grave	7.427	4.973	15.241	45.717	42.191	121.593
Dep. total	2.391	6.729	6.641	24.969	50.893	93.622
Total	110.215	122.434	110.169	234.135	185.898	783.587
** Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	14.302	11.970	23.098	21.043	4.337	74.750
Dep. leve	6.865	24.384	47.537	93.642	54.964	232.534
Dep. moderado	0	17.125	7.115	25.133	21.806	74.647
Dep. grave	982	0	4.835	19.980	13.024	39.888
Dep. total	2.391	3.404	3.902	10.125	25.587	45.409
Total	24.540	56.883	86.487	169.922	119.719	467.228
** Comidas a domicilio						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	5.889	7.772	2.879	4.183	0	20.722
Dep. leve	900	287	5.419	5.569	3.865	16.039
Dep. moderado	0	7.702	0	1.848	4.823	14.373
Dep. grave	0	0	0	1.705	319	2.024
Dep. total	0	0	1.439	2.032	0	3.471
Total	6.789	15.761	9.737	15.337	9.007	56.630
** Servicios especiales de transporte a domicilio						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	98.199	49.480	13.157	11.437	1.847	174.121
Dep. leve	6.936	56.851	57.206	87.776	16.021	230.705
Dep. moderado	894	19.878	12.104	33.872	20.187	88.861
Dep. grave	7.427	660	10.043	32.425	17.869	75.039
Dep. total	0	4.597	6.412	13.829	30.364	56.721
Total	113.456	131.466	98.923	179.339	86.288	625.447
** Otros servicios de asistencia domiciliaria						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	85.523	39.636	11.428	17.442	4.044	158.961
Dep. leve	6.779	34.301	23.433	65.275	40.022	181.025
Dep. moderado	698	2.557	8.209	10.952	12.117	35.544
Dep. grave	0	2.619	3.838	26.944	19.571	52.971
Dep. total	2.391	0	671	8.886	5.331	17.279
Total	95.391	79.113	47.579	129.500	81.084	445.781

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.30. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE RECIBIERON ALGÚN TIPO DE SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

** Atención a domicilio prestada por un enfermero						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	4,94	5,27	6,97	25,54	28,99	5,79
Dep. leve	18,36	30,66	38,75	75,21	105,30	49,62
Dep. moderado	25,65	82,63	250,91	225,98	273,19	212,28
Dep. grave	397,13	362,74	427,50	454,32	506,22	462,29
Dep. total	453,11	525,55	798,02	517,52	586,76	569,91
Total	5,86	10,48	28,89	92,55	200,46	20,54
** Ayuda domiciliaria para las tareas domésticas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	0,78	1,21	9,99	26,43	32,46	2,37
Dep. leve	13,08	14,26	34,34	65,66	113,32	40,73
Dep. moderado	0,00	225,10	96,30	158,35	157,33	154,60
Dep. grave	52,53	0,00	135,63	198,55	156,26	151,65
Dep. total	453,11	265,88	468,88	209,84	295,01	276,43
Total	1,30	4,87	22,68	67,17	129,10	12,25
** Comidas a domicilio						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	0,32	0,79	1,25	5,25	0,00	0,66
Dep. leve	1,71	0,17	3,91	3,91	7,97	2,81
Dep. moderado	0,00	101,25	0,00	11,64	34,80	29,77
Dep. grave	0,00	0,00	0,00	16,94	3,83	7,69
Dep. total	0,00	0,00	172,96	42,12	0,00	21,13
Total	0,36	1,35	2,55	6,06	9,71	1,48
** Servicios especiales de transporte a domicilio						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	5,38	5,01	5,69	14,37	13,82	5,52
Dep. leve	13,22	33,25	41,33	61,55	33,03	40,41
Dep. moderado	41,60	261,29	163,84	213,41	145,65	184,04
Dep. grave	397,13	48,17	281,72	322,23	214,39	285,29
Dep. total	0,00	358,99	770,57	286,62	350,08	345,29
Total	6,03	11,26	25,94	70,89	93,05	16,40
** Otros servicios de asistencia domiciliaria						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	4,69	4,02	4,94	21,91	30,27	5,04
Dep. leve	12,92	20,06	16,93	45,77	82,51	31,71
Dep. moderado	32,46	33,61	111,12	69,00	87,42	73,62
Dep. grave	0,00	191,03	107,65	267,77	234,81	201,39
Dep. total	453,11	0,00	80,68	184,18	61,46	105,19
Total	5,07	6,77	12,48	51,19	87,44	11,69

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Dentro de los aspectos que aborda la coordinación sociosanitaria, un tema que está cobrando importancia es la recepción de cuidados médicos en el propio hogar, como alternativa a hospitalizaciones más largas o estancias en residencias. Por este motivo, y exclusivamente, para la población que recibe cuidados de enfermería en su domicilio se ha analizado la utilización de los servicios de atención primaria, especializada y hospitalizada.

En las de tasas de prevalencia, por cada mil personas que reciben cuidados de enfermería en su domicilio: (1) 554,74 han acudido a una consulta de atención primaria en las últimas 4 semanas; (2) 239,51 han acudido a una consulta de atención especializada en las últimas 4 semanas; (3) 332,87 han estado hospitalizados durante el último año. Estas tasas de prevalencia son considerablemente superiores a las obtenidas para el conjunto de la población: 287,55, 118,33 y 80,76; respectivamente (véase cuadros nº A.2, A.5 y A.14).

En ninguno de los tres casos, la cohorte de más edad es la que presenta una mayor cifra de frecuencia de consultas o atención hospitalaria. El grupo de dependientes totales de 45-64 años se configura como el mayor demandante: (1) todos han asistido a una consulta de atención primaria en las últimas 4 semanas; (2) 593,30 de cada mil han recibido atención especializada en las últimas 4 semanas; (3) 894,96 de cada mil han estado ingresados en el hospital durante el último año.

Cuadro nº A.31. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE RECIBIERON ATENCIÓN DOMICILIARIA PRESTADA POR ENFERMERO EN FUNCIÓN DE SI HAN ACUDIDO A UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALIZADA DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS**

** Última visita al médico de atención primaria en las últimas 4 semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	288,22	429,96	509,96	556,39	253,22	377,31
Dep. leve	1,000,00	672,25	556,46	584,58	526,61	598,74
Dep. moderado	1,000,00	461,97	623,23	705,71	500,90	583,49
Dep. grave	1,000,00	648,82	600,99	577,28	594,69	627,28
Dep. total	0,00	1,000,00	723,04	593,18	623,98	641,91
Total	395,70	575,55	577,10	600,18	557,79	554,74
** Última visita al médico de atención especializada en las últimas 4 semanas						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	178,65	331,58	439,63	172,59	0,00	240,81
Dep. leve	354,93	398,73	139,05	290,73	205,20	267,09
Dep. moderado	0,00	494,09	488,66	255,94	142,92	272,20
Dep. grave	343,77	0,00	172,35	287,19	151,24	238,96
Dep. total	0,00	593,30	70,22	79,57	94,87	118,41
Total	200,41	369,23	242,29	251,93	145,79	239,51
** Ha estado hospitalizado durante el último año						
	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	148,31	340,33	175,43	54,70	163,34	195,33
Dep. leve	211,73	344,60	339,04	272,74	241,27	290,07
Dep. moderado	0,00	842,17	695,55	416,54	402,86	494,38
Dep. grave	656,23	198,91	567,96	468,64	389,49	480,46
Dep. total	0,00	894,96	723,04	297,90	314,25	362,10
Total	184,12	392,47	429,91	316,77	326,18	332,87

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

APÉNDICE A3.
ADAPTACIONES DEL HOGAR Y AYUDAS TÉCNICAS

Dentro de la EES-2009, y en el apartado sobre limitaciones o dificultades para realizar actividades de la vida diaria, se pregunta al entrevistado si ha realizado adaptaciones en el hogar. Se entiende que dichas adaptaciones comprenden por ejemplo, baños adaptados, cocinas adaptadas, o ensanchamiento de puertas o pasillos, sin los cuales no podría desarrollar sus actividades diarias.

Actualizando los pesos muestrales a 2011, se estima que algo más de 1,1 millones de personas de 16 y más años se han podido beneficiar de algún tipo de adaptación en el hogar. La información de la encuesta no permite precisar dónde se han realizado dichas reformas arquitectónicas ni el número de adaptaciones realizadas dentro del mismo hogar. Las adaptaciones en el hogar se concentran principalmente en el grupo de dependientes graves (448,93 por cada mil) y de dependientes totales (397,12 por cada mil). Destacan las tasas de prevalencia «relativamente bajas» para los dependientes totales de 45-64 y 74-84 años (249,21 y 354,44 por cada mil, respectivamente).

Cuadro nº A.32. **NÚMERO DE PERSONAS QUE DISPONEN DE ADAPTACIONES DEL HOGAR POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	8.093	33.378	23.654	17.019	7.311	90.616
Dep. leve	29.498	124.260	175.238	216.000	88.701	654.281
Dep. moderado	9.936	27.926	26.266	50.612	54.368	176.275
Dep. grave	8.292	8.779	16.998	47.478	35.467	118.081
Dep. total	2.391	3.191	3.484	17.101	37.551	65.237
Total	58.210	197.534	245.640	348.211	223.397	1.104.490

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.33. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE DISPONEN DE ADAPTACIONES DEL HOGAR POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	0,44	3,38	10,23	21,38	54,72	2,87
Dep. leve	56,21	72,68	126,59	151,47	182,87	114,60
Dep. moderado	462,25	367,09	355,54	318,88	392,25	365,08
Dep. grave	443,39	640,29	476,79	471,83	425,54	448,93
Dep. total	453,11	249,21	418,62	354,44	432,94	397,12
Total	3,09	16,91	64,41	137,64	240,90	28,95

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Al hilo del apartado anterior donde se recogía información sobre adaptaciones del hogar, también se interroga sobre si las personas utilizan algún tipo de ayuda técnica (silla de ruedas, muletas, bastón, aparatos auditivos, oxígeno, sondas…). De hecho, el número de personas que se sirven de algún tipo de estas ayudas es muy similar al de personas que han realizado adaptaciones en el hogar (1,1 millones de personas; 28,88 por cada mil de 16 y más años).

La tasa de prevalencia de ayudas técnicas para dependientes graves o totales (631,35 por cada mil dependientes graves y 580,06 por cada mil dependientes totales) es mayor que en el caso de haber realizado adaptaciones del hogar (véase cuadro nº A.35). Por otra parte, y aunque a priori pudiera pensarse que la mayor concentración de ayudas técnicas se localiza entre las personas de edad más avanzada, en realidad, los mayores usuarios son los dependientes totales de 45-64 años (848,38 por cada mil).

Cuadro nº A.34. **NÚMERO DE PERSONAS QUE DISPONEN DE AYUDAS TÉCNICAS POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	3.537	7.926	4.328	6.919	2.675	25.385
Dep. leve	23.110	100.983	123.329	225.069	110.537	596.837
Dep. moderado	4.956	27.224	40.086	71.983	67.112	218.309
Dep. grave	7.310	8.118	21.950	66.327	53.945	166.060
Dep. total	2.886	10.863	5.040	26.481	47.612	95.288
Total	41.799	155.115	194.734	396.779	281.881	1.101.880

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Cuadro nº A.35. **TASA DE PREVALENCIA POR MIL HABITANTES DE LAS PERSONAS QUE DISPONEN DE AYUDAS TÉCNICAS POR TRAMO DE EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA BARTHEL)**

	16-44	45-64	65-74	75-84	85 y +	Total
Independiente	0,19	0,80	1,87	8,69	20,02	0,81
Dep. leve	44,04	59,07	89,09	157,82	227,89	104,54
Dep. moderado	230,55	357,86	542,60	453,53	484,20	452,13
Dep. grave	390,86	592,13	615,70	659,14	647,25	631,35
Dep. total	546,89	848,38	605,59	548,84	548,93	580,06
Total	2,22	13,28	51,06	156,84	303,97	28,88

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Para analizar la complementariedad o no entre ayudas técnicas, adaptaciones en el hogar y atención a domicilio se han elaborado los cuadros nº A.36 y A.37. En el cuadro A.36, se ha considerado exclusivamente a la población que recibe cuidados de enfermería en su domicilio (CE) y se han planteado diferentes combinaciones con ayudas técnicas y/o adaptaciones del hogar. Casi la totalidad de las personas calificadas como independientes sólo reciben cuidados de enfermería, lo que podría interpretarse como una necesidad puntual, mientras que en el caso de los dependientes graves o totales existe una mayor propensión a combinar los cuidados de enfermería con ayudas y/o adaptaciones. En concreto, 378,93 de cada mil dependientes graves y 312,57 de cada mil dependientes totales se benefician simultáneamente de cuidados de enfermería, ayudas técnicas y adaptaciones del hogar.

Cuadro nº A.36. **TASAS DE PREVALENCIA POR CADA MIL HABITANTES QUE RECIBEN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (CE) EN SU DOMICILIO Y ADICIONALMENTE, PUEDEN RECIBIR, AYUDAS TÉCNICAS Y/O ADAPTACIONES DEL HOGAR**

	Solo CE	CE y ayudas técnicas	CE y adaptaciones del hogar	CE, ayudas técnicas y adaptaciones
Independiente	974,35	11,29	14,36	0,00
Dep. leve	664,03	134,92	99,76	101,30
Dep. moderado	340,75	259,30	211,62	188,33
Dep. grave	259,22	332,43	29,41	378,93
Dep. total	261,32	312,93	113,18	312,57

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Por otra parte, el cuadro nº A.37 se ha realizado teniendo en cuenta exclusivamente a las personas que reciben ayuda a domicilio para tareas domésticas (TD), y pueden disponer de ayudas técnicas y/o adaptaciones del hogar. Para los dependientes graves o totales, existen dos opciones dominantes: (1) recibir las tres ayudas simultáneamente o (2) recibir ayuda para tareas domésticas combinada con ayudas técnicas.

Como conclusión de los dos cuadros anteriores habría que recalcar que se observa cierta complementariedad entre ayudas a domicilio (domésticas o de enfermería), ayudas técnicas y adaptaciones del hogar. Sin embargo, el hecho de que al menos una quinta parte de los dependientes totales que reciben ayuda a domicilio carecen de cualquier otro tipo de soporte, demuestra que todavía existe mucho camino por recorrer para mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia. Por ejemplo: información sobre las ayudas disponibles, concesión de subvenciones para compra de ayudas técnicas o realización de obras en el hogar y fomento de la investigación sobre nuevas tecnologías al servicio de las personas dependientes.

Cuadro nº A.37. **TASAS DE PREVALENCIA POR CADA MIL HABITANTES QUE RECIBEN AYUDA EN SU DOMICILIO PARA TAREAS DOMÉSTICAS (TD) Y ADICIONALMENTE, PUEDEN RECIBIR, AYUDAS TÉCNICAS Y/O ADAPTACIONES DEL HOGAR**

	Solo TD	TD y ayudas técnicas	TD y adaptaciones del hogar	TD, ayudas técnicas y adaptaciones
Independiente	908,63	14,72	48,75	27,90
Dep. leve	561,80	146,69	131,73	159,78
Dep. moderado	244,06	324,52	73,60	357,82
Dep. grave	96,35	278,20	96,49	528,95
Dep. total	231,93	237,43	77,22	453,43

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud (2009).

Ley 39/2006 de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Determinantes de las prestaciones por comunidades autónomas

El objetivo de este trabajo es comprobar los determinantes de las prestaciones por comunidades autónomas en el marco de la Ley 39/2006 de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Los resultados, utilizando datos de panel, apuntan que, en la concesión de prestaciones a la dependencia son relevantes variables tales como una mayor tasa de dependencia, ser mayores de 75 años y vivir en una población urbana. En cuanto a las variables económicas son significativos los recursos disponibles en función del crecimiento de la renta, la ocupación y los ingresos fiscales. En el modelo dinámico no se percibe inercia en cuanto a que las prestaciones del pasado estén relacionadas con el presente. La variable latente del desempeño diferencial según comunidades autónomas está relacionada con el tipo de población y el signo político del gobierno regional.

Lan honen helburua da prestazioak erabakitzeko determinatzaileak zehaztea autonomia-erkidegoen arabera, Autonomia pertsonala sustatzeari eta mendetasun-egoeran dauden pertsonak zaintzeari buruzko 39/2006 Legearen esparruan. Paneleko datuak erabiliz lortutako emaitzek erakusten dute mendekotasunerako prestazioak emateko honako hauek direla determinatzaile nagusiak: mendekotasun-tasa handia, 75 urte baino gehiagoko pertsonak izatea eta hirian bizi izatea. Aldagai ekonomikoei dagokienez, adierazgarriak dira errentaren, lan-tasaren eta zergasarreren hazkundearen arabera erabilgarri dauden baliabideak. Eredu dinamikoan ez da inertziarik ikusten, hau da, iraganeko prestazioak ez daude gaur egungoekin lotuta. Autonomia-erkidegoen arteko desberdintasunak azaltzen dituen aldagai nagusia biztanleria-motarekin eta eskualdeko gobernuan dagoen alderdi politikoarekin dago lotuta.

The objective of this work is to check the determinants of benefits by the autonomous communities in the framework of law 39/2006 of Personal autonomy and care dependency. The results, using panel data, suggest that, in the granting of benefits to the unit are relevant demographic variables such as a higher rate of dependency, be over 75 years old and live in an urban population. In terms of economic variables are significant resources available as soon as you're growing income, occupation, and income tax. Inertia is not perceived in the dynamic model in that the performance of the past are not related to the present. The latent variable according to autonomous differential performance is related to the type of population and the political signal of the regional government.

Virginia Colás Barriobero[1]
Blanca Simón Fernández
Angelina Lázaro Alquézar
Universidad de Zaragoza

Índice

1. Introducción
2. Los datos
3. El modelo
4. Los resultados
5. Conclusiones

Referencias bibliográficas

Palabras clave: políticas públicas, dependencia, datos de panel.
Keywords: public policy, dependence, panel data.

Nº de clasificación JEL.: R38, J14, C23.

1. INTRODUCCIÓN

La atención a las personas en situación de dependencia constituye un reto para las políticas públicas de los países desarrollados. El envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por enfermedades crónicas y alteraciones congénitas, amén de la incidencia creciente de los accidentes, laborales y de tráfico, generan una demanda cada vez mayor de actuación pública dirigida a la atención de personas en situación de dependencia.

Anteriormente, las necesidades de las personas afectadas por situaciones de dependencia, habían contado con varios dispositivos protectores, bien desde el

[1] Este trabajo cuenta con el apoyo económico de la Cátedra Bantierra.

ámbito autonómico y local, mediante servicios asistenciales, bien por el sistema de Seguridad Social, que ha atendido tanto a personas mayores como en situaciones vinculadas a la discapacidad (como prestaciones por gran invalidez o complementos de ayuda a tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez). A grandes rasgos, la atención a la dependencia podría inscribirse en un modelo mediterráneo de cuidados de larga duración caracterizado por poca cobertura de recursos públicos, sólo de manera subsidiaria y asistencial, lo que implica que sólo sean atendidas las rentas bajas, y en el que las familias tienen un papel central en la atención a la dependencia (Rodríguez Cabrero *et al*., 2002).

La necesidad de llenar el vacío regulador que aporte recursos y servicios de atención a la población dependiente condujo a la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD). En concreto, la ley «tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia» (art. 1.1). Se trata de un derecho universal, ya que con la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) por la ley, todas las personas mayores o con discapacidad que no puedan valerse por sí mismas serán atendidas por las administraciones públicas, garantizando así el acceso a los servicios y a las prestaciones económicas más adecuadas a sus necesidades.

Sin embargo, la entrada del sector público en esta nueva esfera del bienestar social se produce a «destiempo económico», ya que se aprueba desde el optimismo de una fase álgida del ciclo que tenía tanto de extraordinaria como de irrepetible (López-Casasnovas, 2010). Dado que en los años previos las cuentas públicas se habían saldado con superávit, el legislador estimó que los gastos que ocasionara la atención a la dependencia podrían ser cubiertos por esta vía, es decir, que la ley nace sin tener asegurada su financiación (Montserrat, 2007), extremo éste que condicionará el desarrollo y mantenimiento futuro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La LAPAD define dependencia como aquel estado permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (art. 2.2). También contempla varios grados de dependencia: Grado III o gran dependencia, Grado II o dependencia severa y Grado I o dependencia moderada. Además, cada uno de los grados se clasifica en dos niveles, nivel 2 y nivel 1, en función de la frecuencia e intensidad con que se requiere la ayuda (art. 26). El cuadro nº 1 recoge tales definiciones.

Cuadro nº 1. **DEFINICIÓN DE GRADOS DE DEPENDENCIA EN LA LAPAD**

Grado/Nivel	Definición
Grado III Gran dependencia	La persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida cotidiana varias veces al día, y por su pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
Grado II Dependencia severa	La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
Grado I Dependencia moderada	La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tiene necesidad de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Fuente: Elaboración propia.

Se trata de una definición cualitativa que se hace operativa con la aprobación del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)[2], único para todo el Estado, que contiene los criterios objetivos para la asignación del grado y nivel de las personas en situación de dependencia, en función de su puntuación en once actividades de la vida diaria. Este instrumento de valoración de la situación de dependencia incluye instrucciones de aplicación, un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir, y la determinación de los intervalos de puntuación que corresponden a cada uno de los grados y niveles de dependencia (cuadro nº 2).

Cuadro nº 2. **ESCALA PARA LA DETERMINACIÓN DEL GRADO Y NIVEL DE DEPENDENCIA DEL BVD**

Grados	Puntuación	Niveles	Puntuación
GRADO III Gran dependencia	75-100	Nivel 2	90-100
		Nivel 1	75-89
GRADO II Dependencia severa	50-74	Nivel 2	65-74
		Nivel 1	50-64
GRADO I Dependencia moderada	25-49	Nivel 2	40-49
		Nivel 1	25-39

Fuente: Elaboración propia.

[2] Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

La experiencia de la aplicación del BVD ha revelado insuficiencias, entre ellas el elevado número de personas con gran dependencia en relación con la menor incidencia de dependencias moderadas (Alonso, 2011). De hecho, el baremo ha sufrido algunas modificaciones: con fechas recientes, el Real Decreto 174/2011 deroga el anterior baremo, tratando de ajustar y mejorar la fiabilidad y aplicabilidad del mismo al concepto y clasificación de las situaciones de dependencia establecidas en la ley[3]; y en el presente año, el Real Decreto 20/2012 reconoce que la clasificación en grados y niveles de la situación de dependencia no ha permitido distinguir en las prestaciones y servicios de personas dentro de un mismo grado, e incluso entre niveles próximos de distintos grados. Se mantendrán los grados, pero sin niveles[4].

Una vez establecido el grado de dependencia del individuo, en el Programa Individual de Atención (PIA) se determinan los servicios y prestaciones económicas más acordes con su nivel de dependencia. Para satisfacer las necesidades de los beneficiarios, el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) establece un conjunto de prestaciones disponibles en el catálogo de servicios previstos en la ley. Por un lado, prestaciones con naturaleza de servicios, que se prestan directamente a través de la oferta pública de la Red de servicios sociales de las comunidades autónomas, mediante centros y servicios públicos o concertados. Se trata de servicios de prevención de situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal, servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio (atención de las necesidades del hogar y cuidados personales), servicio de centro de día y de noche (centro de día para mayores, centro de día para menores de 65 años, centro de día de atención especializada, centro de noche) y Servicio de atención residencial. Todos estos servicios del artículo 15 de la ley tienen un carácter prioritario.

Por otro lado, están las prestaciones económicas, que incluyen la prestación económica vinculada al servicio, prestación para cuidados en el medio familiar y prestación económica de asistencia personal. La prestación económica vinculada al servicio tiene como objeto cubrir los gastos de los servicios detallados en el PIA cuando no sea posible recibir la atención a través de un proveedor público o concertado. La prestación para cuidados en el entorno familiar, tendente a retrasar la institucionalización del dependiente el mayor tiempo posible, concede una ayuda económica al cuidador no profesional que atiende al dependiente en su entorno, lo que se denomina apoyo informal. Esta prestación económica tiene, en la ley, un carácter excepcional. Por último, la prestación económica de asistencia personal remunera al asistente personal que ayuda a que la persona gran dependiente pueda tener una vida más autónoma.

---

[3] Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

[4] Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Para entender la situación actual de la atención a la dependencia hay que referirse a su calendario de implantación. Los dependientes se han incorporado al sistema progresivamente, de modo gradual desde 2007, empezando por los grandes dependientes del Grado III. El quinto año, que ha finalizado el 31 de diciembre de 2011, han tenido derecho a las prestaciones de la ley quienes hayan sido valorados en el Grado I de dependencia moderada, nivel 2.

Según el documento de evaluación de resultados de la Ley, de 10 de julio de 2012, de los 752.005 beneficiarios que reciben prestaciones a 1 de enero de 2012 (71,09% de todos a los que corresponde prestación), reciben un total de 931.774 servicios más prestaciones económicas, de los cuales un 54,5% son servicios y un 45,5% prestaciones económicas.

Además, aparecen algunas anomalías: la prestación de servicios para la prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal y la prestación económica para asistencia personal, sólo representan un porcentaje residual del total, un 1,88% y 0,10%, respectivamente. Y la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, a pesar de la excepcionalidad que le asigna la ley, supone el 45,40% del total de prestaciones.

Para entender este peso relativo de las prestaciones económicas hay que acudir a una característica de la LAPAD: su complejidad institucional y financiera. La Ley, por competencia exclusiva del Estado, regula los derechos subjetivos de acceso a las prestaciones de dependencia y las prestaciones que forman parte de los servicios sociales, ámbito en que las CCAA poseen competencia exclusiva en esa materia. La financiación pública es compartida entre la Administración General del Estado y las CCAA a través de tres niveles: el nivel mínimo garantizado, el nivel acordado o convenido entre AGE y la Administración de cada comunidad autónoma (repartiendo el fondo común de los PGE entre las CCAA con base en un conjunto de criterios complejos: población, población potencialmente dependiente, insularidad, dispersión...) y un nivel adicional, nuevas prestaciones financiadas íntegramente por las CCAA.

La aportación del Estado a las CCAA en el nivel mínimo se hace en función del grado y nivel de dependencia, aportación homogénea dentro de cada uno de ellos, pero independientemente del tipo de servicio o prestación de que se trate y de su coste. De manera que, el nivel mínimo cubre entre el 30-50% del coste de las prestaciones económicas y sólo entre el 7% y el 30% del coste de los servicios (Montserrat, 2009). Además, según el Informe sobre financiación y costes de la ley (Barriga, 2010), la cobertura de los servicios (residencia, centro de día/noche, ayuda a domicilio y teleasistencia) consume el 69% del gasto total, frente al 31% que absorben las prestaciones económicas. Y, dentro de éstas, con el 26,8% de los recursos se atiende al 57% de las personas mediante prestaciones de cuidados en el entorno familiar. Esta proporción atenciones/gasto, constituye un mecanismo que ha favorecido sobremanera el uso de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, de modo que, con menos gastos se atiende a más personas.

En estos cinco años de andadura de la ley podemos observar una gran disparidad en su desarrollo territorial. Por CCAA, el porcentaje de beneficiarios que reciben prestaciones va desde el 91,55%, en la comunidad más avanzada, al 71,26% en el extremo opuesto En ocho comunidades no se alcanza la media, oscilando entre 69,2% y 43,8%. En definitiva, existe una disparidad grande y un diferente ritmo al recibir las prestaciones. El procedimiento tiene una duración, en muchos casos, demasiado dilatada, que incluye hasta 16 trámites. Dentro de un mismo grado, las diferencias en las CCAA son también significativas, por ejemplo las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar oscilan desde el 21% hasta el 69% (para los dependientes del Grado III) y entre el 22% y el 79% (para el Grado II).

Como se afirma en la Resolución de 13 de julio de 2012[5], se ha producido una importante desigualdad de la aplicación de la Ley por parte de las CCAA ante situaciones de dependencia similares, con desarrollos normativos dispares que afectan tanto a la prestación de servicios como al procedimiento y al tiempo en acceder a las prestaciones y servicios.

En este contexto, el objetivo del trabajo es demostrar que existen diferencias en el nivel de desempeño (medido como el número de prestaciones concedidas) de las CCAA a la hora de hacer frente a los retos de la atención a la dependencia y explicar, al menos en parte, a qué se deben estos factores diferenciales. Para ello se presenta un modelo de datos de panel tanto estático como dinámico de efectos fijos para intentar detectar los determinantes de dicho desempeño controlando por variables demográficas y económicas. A continuación, se presentan los datos utilizados, el modelo econométrico y los resultados obtenidos.

2. **LOS DATOS**

Se han utilizado datos referidos a las 17 comunidades autónomas de los 5 años que lleva aplicándose la Ley para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, desde 2007 hasta 2011 (ambos incluidos). La enorme heterogeneidad en la calidad de los datos y en la metodología de medición nos ha imposibilitado extender más la serie temporal, lo que hubiera resultado muy útil a la hora de descartar la existencia de posibles efectos inerciales (ya fueran positivos o negativos), especialmente en aquellas comunidades que hubieran realizado un mayor esfuerzo previo al desarrollo de la ley; y también de obtener una explicación más exacta de las causas que explican el nivel de desempeño de las diferentes regiones. Hemos empleado datos procedentes del Instituto Nacional de Estadística para las variables explicativas, y del Instituto de

[5] Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Mayores y Servicios Sociales para la variable explicada. Las tasas de ocupación, ocupación femenina, índice de envejecimiento y tasa de dependencia están elaboradas por el propio INE; el resto son de elaboración propia.

2.1. **La variable explicada**

La variable que hay que explicar es el desempeño de las CCAA a la hora de prestar las ayudas a la dependencia en España. Como variable aproximada se ha tomado «el número total de personas con derecho reconocido a prestación en relación a la población total». Esta medida incluye prestaciones de prevención de la dependencia, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día o de noche, residencia, prestación económica vinculada a un servicio, prestación económica para cuidados familiares y prestación económica para asistencia personal.

Se ha tomado el número total, pese a que la idea inicial era ponderarlo en función del coste de cada tipo de servicio, o de algún tipo de indicador de «bondad» (en el sentido de que sea mejor o preferido por el usuario o sus familiares). Ante la imposibilidad de obtener datos se ha optado por utilizar el estimador más simple[6].

El cuadro nº 3 resume el total de prestaciones concedidas a la dependencia entre los años 2007-2011 y su distribución entre: servicios de promoción de autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros día/noche, atención residencial, prestaciones económicas vinculadas al servicio, prestaciones económicas para cuidados familiares y prestaciones económicas de asistencia personal. En promedio, las prestaciones en servicios suponen el 54,06% mientras que las prestaciones económicas son el 45,94%. La partida más cuantiosa son las prestaciones económicas para cuidados familiares que en 2007 abarcaban el 51,26% del total y aunque han disminuido hasta suponer el 45,31% en 2011 suponen el grueso de las prestaciones concedidas con un 48,37% en promedio de los años considerados. Le siguen la atención residencial con un 19% en media y la ayuda a domicilio con un 11,68% del total de prestaciones.

Podemos considerar esta medida como la suma del grado de implantación (personas con prestación sobre el total de población) más el denominado «limbo de la

---

[6] En un intento de ponderar las prestaciones por el gasto se ha seguido el Informe de posición (2010) de «Antaris consulting» y su tabla de costes de los «servicios» y las «prestaciones económicas» por grado de dependencia. Se aprecia claramente que las prestaciones económicas tienen 1/3 del coste que los servicios tanto para el Grado III como para el Grado II. No obstante, además de problemas de heteroscedasticidad por grupos presenta problemas de autocorrelación. En parte puede ser porque en los dos primeros años (2007 y 2008) hay un número importante de prestaciones no especificadas, que se han tenido que asignar a servicios o prestaciones económicas extrapolando a partir de los datos conocidos: tomamos el porcentaje de cada tipo de prestación sobre el total de prestaciones asignadas, y aplicamos este porcentaje al total de prestaciones (asignadas y no asignadas), a fin de obtener la distribución aproximada de los distintos tipos de prestaciones concedidas.

dependencia» medido en una de sus formas (personas que, teniendo derecho reconocido a recibir prestación, no están percibiéndola efectivamente)[7].

Cuadro nº 3. **TOTAL DE PRESTACIONES A LA DEPENDENCIA. DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS. TOTAL NACIONAL 2007-2011**

	Total	A	B	C	D	E	F	G	H	Servicios	Económicas
2007	199.897	0,22	2,82	9,66	6,10	28,50	1,42	51,26	0,03	47,30	52,70
2008	647.381	0,37	4,07	12,40	4,78	22,23	6,95	49,11	0,11	43,83	56,17
2009	644.56	0,62	10,06	10,92	5,37	16,87	6,76	49,29	0,11	43,84	56,16
2010	886.745	1,59	12,14	12,64	5,87	14,43	6,38	46,86	0,08	46,67	53,33
2011	943.688	1,96	13,78	12,77	6,56	12,98	6,54	45,31	0,09	48,05	51,95
Promedio		0,95	8,57	11,68	5,74	19,00	5,61	48,37	0,08	45,94	54,06

A. Servicios de promoción de autonomía personal.
B. Teleasistencia.
C. Ayuda a domicilio.
D. Centros día/noche.
E. Atención residencial.
F. Prestaciones económicas vinculadas al servicio.
G. Prestaciones económicas para cuidados familiares.
H. Prestaciones económicas de asistencia personal.

Prestaciones de servicios=A+B+C+D+E.
Prestaciones económicas=F+G+H.

Fuente: Elaboración propia.

Según la literatura, el gasto que las administraciones públicas deben realizar para atender a las personas en situación de dependencia depende de varios factores: en primer lugar, del tipo de atención que se quiera prestar (universal, mediante prueba de medios u otras modalidades), puesto que define el número de usuarios potenciales de los servicios. Una vez definidos éstos, el gasto dependerá de características sociodemográficas de la población tales como el grado de envejecimiento, la prevalencia de la dependencia, las capacidades sociales para hacerse cargo de la dependencia previas a la implantación del sistema (ya sean de forma privada o pública,

[7] Previamente a la elección de esta medida, hicimos varias pruebas con otras variables que parecían una *proxy* razonable del desempeño analizando tres componentes: la financiación mínima más la financiación acordada para la atención a la dependencia, la financiación acordada, y la mitad de la financiación acordada (en cuanto a que es la financiación realmente aportada por las CCAA). No empleamos la financiación voluntaria por ausencia de datos. Todas estas variables arrojaron peores resultados que la finalmente elegida; ya sea en términos de factibilidad del modelo como en términos de problemas de autocorrelación.

formal o informal); dependerá también de factores económicos como la capacidad de los organismos públicos para obtener ingresos (Solé, 2001).

De acuerdo con el diseño teórico del modelo de atención a la dependencia español, la tasa de personas con derecho a prestación por dependencia, que es la variable elegida para aproximar el desempeño de las comunidades autónomas, no debería tener relación más que con las variables demográficas estrechamente vinculadas a la tasa de prevalencia de la dependencia. Las personas con derecho reconocido se encuentran en la penúltima fase del proceso total de selección: el paso previo a la elaboración del PIA y la concesión definitiva de la ayuda más indicada para la persona en cuestión.

La evaluación, por su parte, sigue, teóricamente, criterios objetivos, no influidos por criterios de índole económica; sin embargo, hay evidencias de que los criterios de valoración no están aplicándose de forma uniforme por las comunidades autónomas ni, muy probablemente, en el tiempo. Como ya se ha comentado en la introducción, existe acuerdo sobre las imperfecciones del BVD y su aplicación en el tiempo y en el territorio.

Además, como toda encuesta, el propio evaluador tiene un papel relevante en el resultado, por lo que las presiones externas que se ejerzan sobre las personas que apliquen el baremo pueden influir en el dictamen y, por ende, en el número final de personas a las que se les reconoce el derecho a recibir prestaciones.

Algunos autores, como López-Casasnovas (2009), vienen expresando sus dudas acerca de la excesiva laxitud con la que se aplica el baremo. Sin embargo, puede haberse producido el efecto contrario durante los años más duros de la crisis.

Por todo ello, y aunque el diseño teórico no mueva a contemplarlo, puesto que cualquier tipo de gasto público tiende a estar relacionado con el nivel de ingresos disponible para llevarlo a cabo, hemos decidido incluir entre las variables explicativas el PIBpc y el nivel de ingresos presupuestarios per cápita. De no resultar significativas, podríamos concluir que, efectivamente, el SAAD no está influida por la cantidad de recursos disponibles, sino únicamente por la demanda.

2.2. **Las variables explicativas**

Como variables explicativas hemos empleado la proporción de personas mayores de 64 años, la tasa de dependencia (medida como personas de 65 años y más, sobre personas en edad de trabajar, y multiplicada por 100); la proporción de personas de 75 y más años, la densidad de población, la tasa de ocupación femenina, el PIB per cápita, la tasa de ocupación y los ingresos presupuestarios per cápita de cada comunidad autónoma[8]. La decisión de tomar en cuenta estas variables proviene de la

[8] En un modelo inicial, se introdujeron también otras variables, como el tamaño de los hogares, el índice de envejecimiento y la proporción de personas de 80 y más años, las cuales resultaron no significativas.

revisión de la literatura de los modelos de gasto público y gasto sanitario (Gadea, 1993), así como de estudios de carácter fundamentalmente descriptivos sobre la atención a la dependencia en España. Las variables escogidas, significado y signo esperado se muestran en el cuadro nº 4.

Cuadro nº 4. **VARIABLES A EXPLICAR Y EXPLICATIVAS DE LAS PRESTACIONES A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA**

VARIABLE A EXPLICAR	SIGNIFICADO	
Desempeño	Personas con derecho a prestación sobre la población total	
VARIABLES EXPLICATIVAS	SIGNIFICADO	SIGNO PREVISTO
May64	porcentaje de mayores de 64 años	+
Tasadep	mayores de 64 sobre la población en edad de trabajar	+
Densidad	población total / superficie	+
May75	porcentaje de mayores de 75 años	+
PIBpc	PIB per cápita	+
Tasaocup	tasa de ocupación	+
Ocupfem	tasa de ocupación femenina	+
Ingpc	ingresos presupuestarios totales per cápita	+

Fuente: Elaboración propia.

3. EL MODELO

Respecto al método, se ha decidido confeccionar un panel de datos, estructurado en años y comunidades autónomas, y emplear un modelo de estimación *within*, donde los efectos fijos son los que diferencian a las comunidades autónomas.

Al elaborar un panel se ganan observaciones y grados de libertad con respecto a los modelos únicamente de series temporales o de corte transversal[9]. En el modelo planteado se trata de un panel micro: predomina la dimensión transversal sobre la temporal y es, además, un panel balanceado.

La especificación general de un modelo econométrico de datos de panel es:

$$y_{it} = \eta + x'_{it}\beta + z'_i\gamma + \omega'_t\delta + \alpha_i + \mu_{it} \qquad (1)$$

[9] Ver Baltagi (2003) para un análisis de los modelos de datos de panel.

donde:

i=1,...., N y t=1,....,T.

La variable endógena es y_{it}, en la que los subíndices *i* y *t* hacen referencia al agente económico del que proviene el dato y el instante de tiempo en que se recogió, respectivamente; x_{it} es un vector de *k* variables explicativas predeterminadas. El vector z_i está constituido por *g* variables exógenas observables, específicas de cada agente, pero invariantes en el tiempo, lo que las distingue de las variables que componen el vector x_{it}. Los agentes económicos que componen un panel han sido escogidos mediante un proceso de muestreo previo y, por tanto, los efectos no observables o variables latentes deben tratarse como realizaciones de una distribución de probabilidad subyacente. La variable aleatoria a_i recoge tales efectos no observables específicos de cada agente en el panel y se supone, al igual que el vector z_i que es invariante en el tiempo. El vector ω_i representa una lista de variables que, evolucionando en el tiempo, afectan de igual manera a todos los individuos del panel. Si el modelo incluye efectos temporales, éstos se suponen incluidos en β en cuyo caso x_{it} contiene las correspondientes variables ficticias de tiempo. Con los efectos temporales en la ecuación se controla la influencia de todas las posibles variables macroeconómicas sobre el comportamiento individual.

Es necesario distinguir entre dos situaciones diferentes, según el efecto individual αi esté o no correlacionado con las variables explicativas x_{it}, z_i. Si está correlacionada, entonces las estimaciones de mínimos cuadrados ordinarios (MCO) serán inconsistentes. Si, por el contrario, las correlaciones son cero, entonces, el problema de estimación es solamente un problema de eficiencia, debiendo diseñarse el modo óptimo de explotar la estructura de la matriz de covarianzas del término de error transformado $\upsilon_{it} = \alpha_i + \mu_{it}$.

Lo anterior suele expresarse en que los efectos individuales α_i pueden ser fijos o aleatorios. En el primer caso se tratan las diferencias estructurales de las submuestras como si fuesen deterministas y ello provoca que su efecto sea recogido en el término independiente. En el modelo de efectos aleatorios se supone que es una variable aleatoria inobservable independiente de x_{it} que, por tanto, pasa a formar parte de un término de perturbación compuesto.

En el modelo de efectos fijos los α_i son tratados como un conjunto de N coeficientes adicionales que se pueden estimar junto con los β (regresión incluyendo variables ficticias de grupo) para lo que se utiliza el programa informático STATA 10.0.

Puesto que la existencia de correlaciones entre los efectos latentes y las variables explicativas (x_i, z_i) es crucial en el tratamiento del modelo, es importante poder contrastar la hipótesis nula de ausencia de tales correlaciones representada por:

$$H_o: \ E(\alpha_i / x_{i1}, ..., x_{iT}, z_i) = 0$$

En consecuencia, se debe considerar si los efectos son fijos o aleatorios, esto es, si están o no correlacionados con las variables explicativas. El contraste de Hausman (1978) permite realizarlo bajo la hipótesis nula de efectos incorrelacionados y una distribución asintótica de chi-cuadrado con *k* (número de variables explicativas) grados de libertad.

El modelo explicativo propuesto para el desempeño de la dependencia, en su versión estática, prevé un comportamiento de «efectos fijos» en el sentido de la importancia de las características peculiares de cada comunidad autónoma frente a otra a la hora de enfrentarse a la concesión de prestaciones.

Como último aspecto metodológico que consideramos apropiado resaltar, hemos empleado el modelo doble logarítmico, tanto por cuestiones técnicas (tales como reducir la amplitud del rango de los valores de las variables) como por su plasticidad a la hora de interpretar el modelo: de este modo, las variaciones porcentuales en las variables explicativas explican variaciones porcentuales en la variable endógena.

Una vez seleccionadas las variables que presentaban mejores características, y contrastados todos los modelos posibles, seleccionamos el que mejores resultados proporciona, tanto en términos de ajuste como de problemas de autocorrelación y heteroscedasticidad entre grupos. No existen problemas de autocorrelación en el modelo, pero sí de heteroscedasticidad por grupos, lo cual consideramos fundamentalmente un producto de la escasez de datos y de la heterogeneidad natural de los datos (en el corte transversal contamos con diez y siete comunidades autónomas que, pese a la labor de homogeneización de los datos previa a su introducción en el modelo, poseen características muy dispares).

Como ya se ha comentado, se observa fácilmente una fuerte correlación entre los residuos y las variables explicativas: es evidente la presencia de problemas de endogeneidad (hay efectos no observables que hacen que no exista ortogonalidad entre las variables explicativas y los residuos del modelo). El modelo no está identificado y los estimadores MCO son inconsistentes: instrumentalizamos los efectos no observables mediante un modelo *within*. Es lo que habría que hacer en todo caso cuando el modelo presentara estas características pero, además, en este estudio nos interesa captar el factor diferencial por comunidades autónomas, que es algo que nos permite hacer el modelo de efectos fijos.

Esta forma de aislar los efectos diferenciales es más atractiva que el uso de una estimación MCO con variables ficticias pues, al ser elevada la dimensión transversal, el modelo tendría demasiados regresores. La estimación *within* elimina primero mediante una transformación los efectos fijos, obteniendo el modelo para toda la muestra, y luego permite recuperar esos efectos fijos tras la estimación.

Para contrastar los modelos empleamos el test modificado de Wald[10], para comprobar la presencia o no de heteroscedasticidad por grupos, y el test de Wooldridge, que comprueba si existen problemas de autocorrelación.

Completando la visión estática que se acaba de plantear, introducimos el modelo dinámico con la intención fundamental de comprobar si existe algún tipo de inercia: el mercado político tiene una naturaleza dinámica en cuanto que la continuidad temporal es importante. Una vez concedidos una serie de derechos o prestaciones, tienden a perdurar en el tiempo y a incrementar su cobertura. En consecuencia, un modelo dinámico de datos de panel puede hacer entender mejor la dinámica del ajuste. La relación dinámica es caracterizada por la presencia de la variable dependiente retardada.

Los resultados del modelo dinámico de datos de panel se derivan de un estimador GMM propuesto por Arellano y Bond (1991) usando niveles retardados de la variable dependiente y primeras diferencias de las variables exógenas siguiendo el programa informático STATA 10.0. Pese a que el periodo máximo de memoria en un periodo electoral es de cuatro años, la escasez de datos nos permite utilizar únicamente un retardo. Los resultados que se ofrecen son obtenidos con el estimador robusto de la matriz de varianzas y covarianzas. Se indica, asimismo, si existe compatibilidad entre los instrumentos utilizados mediante el test de Sargan[11], que contrasta las restricciones de sobreidentificación obtenido con el estimador del «segundo paso» de Arellano y Bond (1991).

De acuerdo con las hipótesis recogidas en el cuadro nº 4 para este trabajo, la ecuación a estimar mediante un panel completo es:

$$desempñ_{it} = \eta + \beta_1 may64_{it} + \beta_2 tasadep_{it} + \beta_3 may75_{it} + \beta_4 densidad_{it} + \beta_5 pibpc_{it} + \beta_7 ocupacion_{it} + \beta_8 ocupfem_{it} + \beta_9 ingpc_{it} + \alpha_i + \mu_{it}$$

donde i = 1,....,17; t = 2007,.....,2011.

El índice *i* se refiere en este estudio a las 17 comunidades autónomas. En el caso del modelo dinámico, la ecuación a estimar será la misma, añadiendo como explicativa uno o varios retardos de la variable endógena.

A continuación, se resaltan los resultados más relevantes de las variables explicativas.

---

[10] El término de error puede ser homoscedástico dentro de las unidades de corte transversal, pero su varianza puede diferir entre las distintas unidades: es lo que se conoce como heteroscedasticidad entre grupos. Se puede calcular un estadístico modificado de Wald para heteroscedasticidad por grupos a través de los residuos del modelo de efectos fijos, siguiendo a Greene (2000) y Baum (2001).

[11] El test de Sargan se basa en la observación de que los residuos deben estar incorrelados con las variables exógenas, si los instrumentos utilizados realmente son exógenos.

4. LOS RESULTADOS

Los resultados presentados son, en primer lugar, los derivados de los modelos estático y dinámico de datos de panel. En segundo lugar, se plantea una regresión de los efectos fijos resultantes del modelo estático que pueda explicar los mismos. En tercer lugar, se realizan dos subgrupos de prestaciones: las económicas y las de servicios para observar si existe una dinámica diferencial de las mismas en su concesión.

4.1. El modelo estático y el modelo dinámico de datos de panel

Según la literatura general sobre las características de la dependencia en España y Europa, y en concreto, el estudio de Jiménez-Martín (2007), la frecuencia de recepción de los servicios sociales en función de la edad es mayor para el grupo de personas de más de 75 u 80 años. Además la tasa de prevalencia de la dependencia aumenta conforme aumenta la edad, lo cual indica que la tasa de personas con derecho a prestación por dependencia está positivamente correlacionada con la proporción de personas mayores de 64, y aún más con la proporción de personas de más de 74 años.

Además, en este estudio se afirma que las personas ocupadas disponen de mayor información sobre el sistema público de atención a la dependencia, por lo que probablemente accedan en mayor proporción a él. Es decir, que es probable que una persona dependiente tenga más probabilidades de ser valorada y obtener un dictamen si su cuidador principal es una persona ocupada que si es una persona parada o inactiva. Por tanto, es de esperar que haya una correlación positiva entre la tasa de personas con derecho a prestación y la tasa de ocupación de una determinada población.

Residir en un núcleo de población de menos de 2.000 habitantes supone una desventaja a la hora de percibir ciertos tipos de prestaciones incluidas en el sistema de autonomía y atención a la dependencia. También el grado de conocimiento de los servicios sociales (especialmente los más innovadores) es mucho menor en las zonas rurales, con diferencias de más de veinte puntos porcentuales en el porcentaje de personas que conocen las distintas prestaciones en las zonas rurales respecto a las ciudades (Rodríguez, 2004).

La tasa de ocupación femenina debería tener un efecto de aumento de la demanda de prestaciones, en primer lugar porque, como ocupadas, tienen más información y en segundo lugar porque, como cuidadoras estadísticamente más probables, no estar disponibles por estar trabajando hace más probable que acudan a ayuda profesional.

La corroboración de estas ideas se va a probar en el modelo planteado cuyos resultados se recogen en el cuadro nº 5. La capacidad explicativa del modelo estático de efectos fijos es muy elevada (82%), un resultado especialmente favorable si tenemos en cuenta que en el panel empleado predomina el corte transversal (mucho más difícil de ajustar) sobre la dimensión temporal.

Cuadro nº 5. **LAS PRESTACIONES A LA DEPENDENCIA. MODELOS ESTÁTICO Y DINÁMICO DE EFECTOS FIJOS DE DATOS DE PANEL**

MODELO ESTÁTICO	MODELO DINÁMICO			
RETARDOS			Coeficiente *t de Student* [a]	
desempñ (-1)			-0.29	(-3.14) ***
VARIABLES EXPLICATIVAS				
	Coeficiente *t de Student*		Coeficiente *t de Student*	
may64	-49.46	(-2.40) **	-34.34	(-2.18) **
tasadep	31.43	(2.19) **	25.00	(2.44) **
may75	11.71	(3.05) ***	7.43	(2.08) **
densidad	24.96	(5.75) ***	5.86	(0.75)
pibpc	6.62	(3.59) ***	-0.82	(-0.30)
ocupacion	37.19	(3.44) ***	-3.55	(-0.54)
ocupfem	-17.86	(-2.99) ***	0.92	(0.31)
ingpc	2.81	(3.33) ***	-0.19	(-0.29)
R^2 (ajustado)	0.82			
F(8,60)[b]	33.49 ***			
Hausman[c]	131.85 ***			
Wald	2204.18 ***			477.35 ***
Wooldridge	3.35			
Sargan[d]			4.08	
Autorrelación de orden 1				(1.81)
Autorrelación de orden 2				(1.08)
Observaciones	85		51	
Sectores	17		17	

(a) Entre paréntesis figuran los estadísticos t de Student para la significatividad individual de las variables. Las variables con los símbolos ***; ** y * son significativas individualmente a los niveles 1%, 5% y 10%, respectivamente.

(b) El estadístico F permite elegir elige el modelo de Efectos Fijos frente a un modelo sin ficticias de grupo.

(c) Corresponde al valor que adopta el test de Hausman asintóticamente distribuido como una chi-cuadrado con 16 grados de libertad bajo la hipótesis nula de no correlación entre los efectos individuales y las variables explicativas.

(d) El test de Sargan contrasta las restricciones de sobreidentificación. Se toma el valor de dicho test en el estimador de «segundo paso» puesto que el estimador robusto no lo ofrece. Se comporta como una chi-cuadrado con 5 grados de libertad (diferencia entre el número de instrumentos y los parámetros a estimar). Los valores de dicho test son inferiores al valor crítico lo que implica compatibilidad entre los instrumentos utilizados.

Fuente: Elaboración propia.

Hay dos datos especialmente reveladores: por un lado, tal como esperábamos, la capacidad explicativa del modelo aumenta de forma sustancial al tener en cuenta los efectos fijos, es decir, intuitivamente podemos observar que existen efectos diferenciales en el desempeño por comunidades autónomas, y que éstos son importantes.

La comprobación de la idoneidad del modelo de efectos fijos nos la proporciona, de forma estadística, el test de Hausman, que resulta significativo a todos los niveles.

De acuerdo con los resultados esperados, en la concesión de prestaciones a la dependencia son relevantes las variables demográficas como una mayor tasa de dependencia, ser mayor de 75 años y vivir en una localidad urbana, en cuanto a mayor densidad de población.

Por otro lado, en cuanto a las variables económicas, y confirmando la tesis de que los recursos disponibles son un factor explicativo del desempeño, tanto el PIB per cápita como los ingresos presupuestarios per cápita resultan significativos; es más, la capacidad explicativa del modelo mejora sustancialmente al incluir esta última variable. Lo refuerza una mayor tasa de ocupación en una economía en crecimiento.

Además, hemos obtenido dos resultados inesperados: un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años produce una reducción de la tasa de personas con derecho a prestación y aumentos en la tasa de ocupación femenina reducen esa tasa. Aunque en principio resulten contraintuitivos, consideramos que, dada la forma en que se ha implementado la Ley de autonomía y atención a la dependencia, son perfectamente factibles.

Por un lado, teniendo en cuenta que los dictámenes comenzaron por los niveles mayores de dependencia, y que la mayor tasa de prevalencia de la misma (medida como número de discapacidades básicas) se encuentra concentrada en los tramos de edad más avanzada, podemos pensar que, si cohortes cada vez más numerosas alcanzan la edad de 65 años, y los aumentos en ese grupo de población no implican aumentos simultáneos en el grupo de población más mayor que es el efectivamente beneficiario de las ayudas.

Por otro, las prestaciones más frecuentes son la atención residencial y la prestación económica para la atención familiar; esta preferencia por la atención residencial o familiar permite explicar que la correlación con la tasa de ocupación femenina, que parecía esperable que fuera positiva (dado que con una mayor proporción de mujeres trabajando debería ejercer presión sobre el sistema de atención a la dependencia para poder atender mejor a las personas dependientes sin renunciar a la vida laboral): el patrón de prestaciones públicas a la dependencia favorece el patrón mediterráneo de los cuidados informales, donde el perfil del cuidador principal es fundamentalmente de dos tipos: o bien los cuidados son prestados por la pareja (inactiva) o bien por una hija mayor de 50 años y habitualmente fuera del mercado laboral, o que lo abandona para cuidar a sus progenitores. Así, será más fácil que una mujer que trabaja y queda a cargo de un familiar dependiente contrate ayuda al margen del sistema público de atención a la dependencia que recurra a ella, generándose así una correlación negativa posible entre tasa de ocupación femenina y tasa de personas con derecho a una prestación del SAAD.

De acuerdo con los resultados robustos del modelo dinámico, no se percibe inercia sino que, al contrario, parecen influir negativamente las prestaciones dadas en el pasado con las dadas en el presente, dado el signo y la significatividad de la variable endógena retardada un periodo. En nuestra opinión, este resultado, aparentemente paradójico, puede encontrar explicación en el hecho de que, como se ha explicado en la introducción, la implementación del sistema de atención a la dependencia se ha hecho por objetivos: desde los dependientes más severos hasta los más leves, hasta completar todos los niveles de dependencia contemplados en la Ley. De este modo, el número total de personas a las que hay que valorar y reconocer el derecho está prácticamente «dado» (descontando las personas cuya situación se agrave con el transcurso del tiempo) para cada plazo, por lo que, si un año se otorgan muchas prestaciones, el año siguiente es probable que se otorguen menos porque ya se está más cerca del objetivo (y viceversa).

El trabajo de López-Casasnovas (2009) ya planteaba algunas reflexiones de la Comisión de expertos sobre las causas y consecuencias de la Ley de Dependencia 39/2006 en el contexto del Estado de bienestar en España que ahora se ponen de manifiesto empíricamente: retrasos en su despliegue, disfunciones entre Administraciones, insuficiencias financieras e incapacidades gestoras, entre las más relevantes.

4.2. **Análisis de las comunidades autónomas**

El análisis de las comunidades autónomas se hace a través de los resultados de los efectos fijos proporcionados por el modelo estático de datos de panel. El cuadro nº 6 recoge el *ranking* de dichos efectos fijos, de mayor a menor. Todos ellos son significativos. Son la expresión de la tendencia latente inobservable entre CCAA a conceder más ó menos prestaciones que la media una vez que se han controlado por las variables demográficas y económicas analizadas en el modelo de datos de panel presentado en el anterior epígrafe.

Aquellas comunidades con un efecto fijo mayor tendrán, para el mismo valor de las variables explicativas, una mayor tasa de personas con derecho a prestación. Así, en las posiciones más altas de la tabla en cuanto a su tendencia a conceder más prestaciones que la media una vez controladas las variables contempladas, se encontrarían Extremadura, Castilla-La Mancha, Castilla-León y Aragón.

Para tratar de arrojar algo de luz sobre las variables propias de cada comunidad que influyen sobre los efectos fijos, se presenta una regresión que vincula los efectos fijos con dos variables *dummy* o binarias recogidas en el cuadro nº 6.

Una variable dicotómica está relacionada con el ciclo político (denominada «PSOE»), que refleja aquellas comunidades en las que ha habido gobierno del Partido Socialista (sólo o en coalición) asignándoles un 1, y un 0 a aquéllas que no. La otra variable binaria indica qué comunidades están por encima de la media de personas que viven en núcleos de menos de 5.000 habitantes, a la que hemos llamado RURAL.

El signo esperado de ambas variables es positivo; en el caso de esta última porque las necesidades especiales de la población rural deberían generar un aumento de la demanda acorde con las mismas. En el caso de la variable de ciclo político, el signo esperado es positivo si se corrobora el cumplimiento del modelo de ciclo político que prevé un mayor gasto público con un partido socialista en el poder, el cual puede tener unas mayores inclinaciones a invertir recursos públicos en medidas sociales, redistributivas o de intervención estatal en la economía como son las ayudas a la dependencia[12]. En este caso concreto, además, pudieran añadirse efectos derivados de que fuera un gobierno central socialista el que elaborara dicha Ley de autonomía y atención a la dependencia.

Cuadro nº 6. **RANKING DE EFECTOS FIJOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y VARIABLES EXPLICATIVAS PARA SU ANÁLISIS**

COMUNIDAD	EFECTOS FIJOS	PSOE	RURAL
Extremadura	35.53	1	1
Castilla La Mancha	34.38	1	1
Castilla León	33.24	0	1
Aragón	31.23	1	1
La Rioja	11.19	0	1
Navarra	9.70	0	1
Andalucía	4.95	1	0
Galicia	4.06	0	0
Asturias	2.90	1	0
Cantabria	-0.48	0	1
Murcia	-4.61	0	0
C. Valenciana	-17.43	0	0
Baleares	-19.36	0	0
Cataluña	-21.93	0	0
Canarias	-23.22	1	0
País Vasco	-27.68	1	0
Madrid	-52.47	0	0

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la regresión realizada para los efectos fijos se recogen en el cuadro nº 7. Se puede observar cómo las variables contempladas, comunidad gobernada por el Partido Socialista y con población predominantemente rural, tienen el signo positivo esperado y son altamente significativas. En consecuencia, existe una tendencia a la concesión de más prestaciones que la media cuando concurren ambas circunstancias.

[12] En este sentido, Alesina, Cohen y Roubini (1993) sugieren alguna evidencia para los países de la OCDE y Colomer (2005) para un sistema bipartidista con fuerte disciplina de partido.

Cuadro nº 7. **RESULTADOS DE LA REGRESIÓN DE LOS EFECTOS FIJOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

VARIABLES EXPLICATIVAS		
	Coeficiente	*t de Student*
PSOE	13.83	(4.11) ***
RURAL	37.40	(11.69) ***
R^2 (ajustado)		0.64
$F_{(2,82)}$		77.16***
Observaciones		85

Fuente: Elaboración propia.

4.3. **Matices diferenciales de las prestaciones**

Los trabajos que recogen el análisis de las prestaciones a la dependencia observan un predominio de las prestaciones económicas sobre las de servicios. En la variable estimada para el modelo presentado en la sección 4.1 también ocurre así por lo que cabe preguntarse si existe un cambio estructural entre ambos tipos de prestaciones.

En consecuencia, en un intento de descubrir qué prestaciones comparten características similares en su desempeño llevamos a cabo dos posibles agrupaciones de las mismas: prestaciones económicas y prestaciones de servicios.

Como prestaciones económicas se consideran la prestación económica vinculada al servicio, la prestación para cuidados en el medio familiar y la prestación económica de asistencia personal y de servicios, los servicios de prevención de situaciones de dependencia, servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día y de noche y servicio de atención residencial[13].

El modelo llamado restringido (MR) es el modelo ya estimado del que se han expuesto los resultados. El modelo sin restringir (MSR) consta de una regresión diferente para cada una de las dos submuestras en que queda dividida la muestra total de acuerdo a si las prestaciones son económicas o de servicios. Los modelos sin restringir tienen las mismas variables explicativas y la hipótesis nula consiste en la

[13] Dado que, en algunos años, no se disponían de datos, o tenían muchas prestaciones no asignadas, lo que se ha realizado ha sido una extrapolación a partir de los porcentajes que cada tipo de prestación (económica o de servicios) representaba con respecto al total de prestaciones conocidas y asignadas, de modo que obtuviéramos una distribución aproximada de cada tipo de prestación para el total de las mismas, y agruparlos después en «prestaciones económicas» y «de servicios». Para los años que no había información, se utiliza la media de todo el resto de años de esa comunidad autónoma.

igualdad de cada uno de los coeficientes β_i en las dos submuestras, lo que constituye un conjunto de *k* hipótesis lineales[14].

Se observa en el cuadro nº 8 que las prestaciones económicas son explicadas en mayor medida que las prestaciones de servicios (58% frente al 16% según el R^2 ajustado) de acuerdo con las variables utilizadas en el modelo de efectos fijos de datos de panel. De acuerdo con el test de Chow existe ruptura estructural en el modelo al realizar la división de la muestra total. La única variable significativa en la submuestra de prestaciones de servicios es la densidad. En la submuestra de las prestaciones económicas además de ésta siguen siendo relevantes las variables demográficas y económicas pareciéndose mucho más al modelo completo.

Dado que, como se explica en la introducción, y pese a que en principio deberían ser más excepcionales que habituales, las prestaciones económicas tienen una gran importancia dentro del total de prestaciones, no es de extrañar que el modelo que explica las prestaciones económicas sea más semejante al modelo para el total de prestaciones que el modelo correspondiente a los servicios.

Los efectos fijos en la muestra de las prestaciones económicas son significativos de acuerdo con el Test de Hausman por lo que siguen existiendo actitudes diferenciales entre comunidades autónomas en la concesión de este tipos de prestaciones, algo que no presenta tan claramente la submuestra de prestaciones de servicios que sigue un patrón de efectos aleatorios.

Al contemplar una posible explicación de esta posible actitud diferencial, en ambas submuestras, se puede explicar alrededor de un 65%, al igual que en el modelo total, por diferencias en el signo político de la comunidad autónoma y la dispersión de la población.

---

[14] El estadístico F para el contraste de la hipótesis nula (Ho) de ausencia de cambio estructural tiene una distribución F (K, T-2K) donde *T-2k* es el número de grados de libertad del modelo sin restringir. La suma residual restringida es la que proviene de la estimación del modelo restringido denotada por SRR mientras que la suma residual del modelo sin restringir es el agregado de las sumas residuales de cada una de las regresiones (SR1 y SR2). El estadístico F para el contraste de la hipótesis nula (Ho) de ausencia de cambio estructural es:

$$H_o : \frac{\frac{SRR - (SR_1 + SR_2)}{k}}{\frac{SR_1 + SR_2}{T - 2k}}$$

Cuadro nº 8. **LAS PRESTACIONES A LA DEPENDENCIA ECONÓMICAS Y DE SERVICIOS. MODELOS ESTÁTICO DE EFECTOS FIJOS DE DATOS DE PANEL**

	ECONÓMICAS		DE SERVICIOS	
VARIABLES EXPLICATIVAS				
	Coeficiente	*t de Student*	Coeficiente	*t de Student(a)*
may64	-7.14	(-0.31)	-14.29	(-0.34)
tasadep	-2.08	(-0.12)	-4.22	(-0.13)
may75	15.32	(1.86) *	12.51	(0.83)
densidad	45.95	(4.61) ***	47.19	(2.58) ***
pibpc	8.19	(1.95) **	8.42	(1.10)
ocupacion	20.73	(1.01) *	-10.11	(-0.27)
ocupfem	-19.63	(-1.70) *	-12.19	(-0.57)
ingpc	3.27	(1.74) *	-4.79	(-1.39)
R^2 (ajustado)	0.58		0.16	
F(8,60)[(b)]	10.49***		1.45	
Hausman[(c)]	25.10 **		9.75	
Chow[(d)]	-8.14 ***			
VARIABLES EXPLICATIVAS DE LOS EFECTOS FIJOS				
	Coeficiente	*t de Student*	Coeficiente	*t de Student*
PSOE	24.15	(3.88) ***	23.78	(3.96) ***
RURAL	73.58	(12.44) ***	68.01	(11.91) ***
R^2 (ajustado)	0.67		0.66	
Observaciones	85		85	
Sectores	17		17	

(a) Entre paréntesis figuran los estadísticos t de Student para la significatividad individual de las variables. Las variables con los símbolos ***; ** y * son significativas individualmente a los niveles 1%, 5% y 10%, respectivamente.

(b) El estadístico F permite elegir elige el modelo de Efectos Fijos frente a un modelo sin ficticias de grupo.

(c) Corresponde al valor que adopta el test de Hausman asintóticamente distribuido como una chi-cuadrado con 16 grados de libertad bajo la hipótesis nula de no correlación entre los efectos individuales y las variables explicativas.

(d) El estadístico de Chow nos permite contrastar la existencia de cambio estructural.

Fuente: elaboración propia.

5. CONCLUSIONES

La importancia del envejecimiento poblacional cobra un interés prioritario en España, país que ha sido catalogado por diferentes fuentes internacionales como el «más viejo» en la Unión Europea en 2050: un 35,7% de la población española tendrá 65 o más años. Asociado al envejecimiento poblacional, asistimos a una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio, por razones de enfermedad o patologías asociadas a la población mayor. La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal, constituyen retos de primer orden para la política económica y social de los países desarrollados. En este contexto, la Ley 39/2006 se ha configurado como una nueva modalidad de protección social que garantiza a los ciudadanos, y a las propias comunidades autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia.

El objetivo de este trabajo es comprobar si, al margen de las variables que explican el desempeño, existen factores diferenciales no explicados entre las distintas comunidades autónomas, así como tratar de explicar a qué podían deberse esas diferencias. Para conseguir este objetivo es necesario, en primer lugar, tratar de encontrar la mejor explicación posible de este desempeño, incluyendo variables que difieran entre comunidades y que puedan, por tanto, generar diferencias perfectamente explicables (causas demográficas, económicas, geográficas, etc). De este modo, eliminando los factores diferenciales que podemos explicar fácilmente, el efecto diferencial residual manifestará si, aún sin causas aparentes, la atención a la dependencia es una competencia autonómica que genera, para bien o para mal, diferencias en la calidad del servicio; ya sean estas de índole política, sociológica o inercial, entre otras.

Gran parte de los resultados que arroja el modelo son, no sólo esperables dada la literatura existente, sino lógicos y, en nuestra opinión, positivos: las variables demográficas arrojan resultados algo contradictorios, pero en el sentido esperado para las personas más mayores y con mayor prevalencia de discapacidades básicas. Por su parte, el efecto positivo de la densidad de población sobre la tasa de personas que acceden al sistema de la dependencia confirma la necesidad de, beneficiándose de que el servicio está descentralizado, establecer políticas diferenciadas para ciudades y zonas rurales, especialmente para las más aisladas y en las comunidades autónomas donde la distribución de la población sea muy desigual entre zonas rurales y urbanas.

Con respecto al efecto que la tasa de ocupación femenina parece ejercer sobre el acceso al SAAD, se hace necesario un análisis más detallado tanto para comprobar que no se trate de un efecto estadístico (por ejemplo porque haya una tercera variable que influya sobre ambas y que no estemos identificando en este modelo) como para, en caso contrario, corregir los posibles errores del SAAD o de las políticas laborales a la hora de conciliar el trabajo de la mujer fuera de casa con la atención adecuada de las personas dependientes, en el caso de que ambas partes manifiesten,

como parece ocurrir, deseo de que exista una cierta complementariedad entre cuidados formales e informales (Vilaplana, 2009). Siendo cierto que existe una mayor expectativa social de que las mujeres se hagan cargo de las labores de cuidado (ya sea a los ascendientes o a los descendientes), los responsables de las políticas sociales deberían tratar de asegurar que éstas alivian la carga y permiten la conciliación en el caso de que ésta se desee, y de que no están generando efectos indeseados.

Por último, no debemos olvidar el objetivo principal de éste artículo, que no es únicamente tratar de explicar el desempeño de las comunidades autónomas en el esfuerzo de implementar la nueva Ley de Dependencia, sino comprobar si existen efectos individuales no observables que afecten al mismo, y tratar de explicarlos.

Los resultados del modelo no dejan lugar a dudas: existen efectos inobservables que tienen una elevada capacidad para explicar el desempeño de las distintas comunidades autónomas; muestra de ello es el drástico aumento de la capacidad explicativa del modelo al tenerlos en cuenta.

Más que eso, la posterior regresión sobre los efectos fijos extraídos del modelo *within* arroja una clara relación positiva entre el ciclo político y los efectos diferenciales por comunidad; así como entre ésta y una proporción superior a la media de población rural. Es decir, aquellas comunidades que tienen una mayor tasa de personas con derecho a prestación son las que fueron gobernadas por gobiernos del PSOE, y las que tienen mayor proporción de población que vive en núcleos de menos de 5.000 habitantes. El poder explicativo de la regresión que explica los efectos fijos es bueno, de más del 64%; el 33% restante debe quedar explicado por otras de las variables que sugerimos al principio: inercias no captadas por la ausencia de datos previos a 2007, aspectos sociológicos, etc.

Considerando que existen claras evidencias de que las diferentes comunidades venían haciéndose cargo del problema de la dependencia con anterioridad a la implantación de la ley, y de forma muy diversa, sería de gran interés ampliar el horizonte temporal de este modelo –teniendo en cuenta si procede el muy probable cambio estructural que se produjera en el año 2007–. Ello serviría tanto para aumentar la capacidad explicativa del modelo conjunto como para tratar de identificar las ya citadas variables que, con toda seguridad, siguen ocultas en los efectos fijos, y que muy probablemente estén relacionadas con el esfuerzo por atender a las personas dependientes previo a la ley.

Habrá que esperar también a que terminen todas las fases previstas para la ley, y la cobertura de la misma se extienda a los dependientes de todos los grados, puesto que de lo contrario siempre existirá un sesgo al comparar la realidad con la teoría, y también al comparar la realidad española con la de otros países del entorno.

Los resultados que presentamos en este artículo son preliminares: la proximidad en el tiempo de la muestra utilizada, la escasa dimensión temporal del panel y la to-

davía mejorable homogeneización de los datos hacen que sea difícil asegurar categóricamente los resultados que se muestran. En todo caso, pretenden arrojar algunas ideas y generar nuevos estudios que permitan demostrar con mayor seguridad no sólo si las variables que están explicando el acceso a los servicios de atención a la dependencia son las adecuadas (la demanda y la necesidad, y no la coyuntura económica, por ejemplo), y si las diferencias entre comunidades autónomas son razonables y eficientes, es decir, si responden a distintas realidades y sensibilidades diferenciadas en el territorio, o si se trata de un mero problema de voluntad política. En la regresión de los efectos fijos podemos observar señales en este sentido: el ciclo político, en concreto que gobierne un partido más propenso al gasto social, genera importantes diferencias en cuanto al nivel del que esa comunidad autónoma partirá, independientemente de otros condicionamientos demográficos.

También pretende ser una punta de lanza para la creación de buenas medidas de la calidad en la atención a la dependencia: que las prestaciones efectivamente recibidas se correspondan con aquéllas que son más indicadas para el usuario, que realmente las prestaciones económicas para el cuidado informal remitan y se dé prioridad a los servicios, entre las más relevantes. Todos estos son datos que habrá que introducir en los estudios futuros, y que realmente darán una medida de cómo de bien se están haciendo las cosas con respecto a un aspecto que va a ser cada vez más fundamental: la adecuada atención a las personas dependientes en una sociedad crecientemente envejecida, y la capacidad de compaginar esa atención con la incorporación de la mujer a la vida laboral y los cambios sociales que afectan a la familia y a las relaciones personales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARRÁN LOZANO, I., ALONSO GONZÁLEZ, P. y BOLANCÉ LOSILLAS, C. (2009): «Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones». *Revista Española de Salud Pública*, 83 (3): 379-392.

ALESINA, A.; G. D COHEN Y ROUBINI, N. (1993): «Electoral business cycle in industrial democracies». *European Journal of Political Economy*, nº 9:1-23.

ALONSO SECO, J.M. (2011): «El efecto expansivo de la Ley de dependencia en los sistemas auronómicos de servicios sociales». Papeles de Economía Española, 129: 182-194.

BALTAGI, B. (2003): *Econometric Analysis of Panel Data*, John Wiley & Sons, 2ª edición.

BARRIGA, L.A. (2010): Financiación y costes de la Ley 36/2006. Observatorio Estatal para la Dependencia, Asociación Estatal de Directores Generales en Servicios Sociales.

BAUM, C. (2001): «Residual diagnostics for cross-section time series regresión models». *The Stata Journal*, nº1 págs 101-104.

COLOMER, J.M. (2005): «Policy making in divided government: A pivotal actors model with party discipline». *Public Choice*, 125:247-269.

GADEA, L. (1993): «Un modelo sobre los determinantes del crecimiento del gasto público en España (1964-1991)». *Revista de Economía Aplicada,* 2 (I): 31-65.

JIMÉNEZ-MARTÍN, S. (2007) (coord.): *Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España*.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2009): «Análisis económico de la cobertura de la dependencia: algunas reflexiones sobre las causas y consecuencias de los déficits de la regulación actual». *Cuadernos Aragoneses de Economía*, 19(2): 245-263.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2011): «La Ley de autonomía y dependencia. Reflexiones y recomendaciones para su mejor desarrollo». *Gaceta Sanitaria*, 25, Supl 2: 125-130

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012): Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

MONTSERRAT CODORNIÚ, J. (2007): «Evolución y perspectivas de la financiación del Sistema para la Autonomía y la. Atención a la Dependencia», Documentación Administrativa, 276/277: 411-442.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MONTSERRAT, J. (2002): *Los modelos de atención sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

RODRÍGUEZ RODRIGUEZ, P. (2004): «Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas». *Boletín sobre el envejecimiento*, 11.

SOLÉ, A.(2001): «Determinantes del gasto público local: ¿Necesidades de gasto o capacidad fiscal?». *Revista de Economía Aplicada*, 25 (IX): 115-156.

VILAPLANA PRIETO, CRISTINA (2009): «Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia». *Instituto de Estudios Fiscales.*

Inmigración, Estado de bienestar y gobierno multinivel en España

La transformación de España en país de inmigración masiva ha tenido un considerable impacto social y demográfico, y planteado retos difíciles a los sistemas de protección social. El Estado de bienestar español ha ido adaptándose respondiendo bien a esta evolución de la población, pese a que persistan problemas de cobertura y de adaptación a las demandas y necesidades cambiantes. La articulación de responsabilidades políticas y financieras derivadas de estos procesos en un contexto de gobiernos multinivel (autonómicos y locales) ha planteado una serie de retos adicionales, particularmente en relación al reparto de los costes y beneficios derivados de un incremento poblacional desigualmente distribuido. El contexto de fuerte crisis económica actual incrementa el riesgo de politización del fenómeno migratorio y puede contribuir al cuestionamiento de los programas de protección social.

Espainia immigrazio masiboko nazio bihurtu da eta horrek eragin sozial eta demografiko izugarria izan du, eta erronka zailak ekarri dizkie babes sozialeko sistemei. Espainian, ongizatearen estatua ondo moldatu izan da populazioaren bilakaera honetara, nahiz eta estaldura-arazoak eta eskari eta beharrizan aldakorrei egokitzeko arazoak desagertu ez diren. Maila anitzeko gobernuen testuinguruan (gobernu autonomikoak eta azpizentralak) prozesu horietatik eratorrita erantzukizun politiko eta finantzarioak egituratzeak beste erronka batzuk ekarri ditu, desberdin banatuta dagoen biztanle hazkundeak eragindako kostuen eta etekinen banaketari dagokionez bereziki. Gaurko krisi ekonomiko larriak migrazio-fenomeno iraunkorra areagotzen du, eta zalantzan jar ditzake babes sozialeko programak.

The transformation of Spain in a country of immigration has had important social and demographic implications, specifically for the social protection schemes of this country. The Spanish Welfare State has adjusted reasonably well to this evolution of the population, although problems remain in relation to access to certain programs, and in the adaptation of schemes to evolving demands and social needs. The articulation of political and financial responsibilities in a multi-level governance system such as the Spanish one poses specific challenges, particularly in relation to the distribution of the costs and benefits of a population growth unequally distributed in the territory. The current economic crisis increases the risk of politicisation of migration, and this could contribute to the questioning of social protection schemes.

Francisco Javier Moreno Fuentes[1]
Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP)

Índice

1. Introducción
2. División de competencias en el ámbito de la gestión de la inmigración
3. El Estado de bienestar descentralizado y la inmigración
4. Fricciones competenciales y financieras
5. Conclusiones
Referencias bibliográficas

Palabras clave: inmigración, Estado de bienestar, gobierno multinivel.
Keywords: Immigration, Welfare State, multi-level governance.

Nº de clasificación JEL: J61, I38, H53.

1. INTRODUCCIÓN

A partir de mediados de la década de los ochenta España comenzó a transformarse en un país de residencia para un creciente número de extranjeros. Así, en los dos últimos lustros la proporción de extranjeros ha aumentado hasta llegar a representar el 12,2% de la población empadronada (más de 5,7 millones de personas). Este proceso ha provocado una transformación social y demográfica de gran envergadura, con importantes implicaciones para las políticas públicas, y en particular para las políticas de protección social.

Con el asentamiento de grupos de población de origen extranjero han emergido nuevas necesidades relacionadas tanto con el incremento de la demanda, como con su diversificación. Esta situación ha superado en buena medida las actuaciones adoptadas por las administraciones públicas, caracterizada por una insuficiente previsión. El Estado de bienestar español ha sido capaz de adaptarse razonablemente bien a los retos

[1] Este artículo está basado en la evidencia empírica generada en los proyectos INMEBEA (*Inmigración y Estado de Bienestar en la España Autonómica*, Plan Nacional de I+D, Ref. SEJ2007-67521/CPOL) y WAE (*Welfare Attitudes in a Changing Europe*, Plan Nacional de I+D, Ref. CSO2008-02874-E/SOCI), y durante el desarrollo del proyecto SOLFCARE (Solidaridad Familiar, Cambio Actitudinal y Reforma del Estado de Bienestar en España: El Familismo en Transición, Plan Nacional de I+D, Ref. CSO 2011-27494).

que el asentamiento de la población inmigrante le ha planteado. A pesar de esto, la cobertura de los riesgos sociales (desempleo, vulnerabilidad socioeconómica, enfermedad, etc.) a los que está expuesta la población de origen inmigrante en nuestro país dista de ser suficiente.

La articulación de responsabilidades políticas y financieras sobre la gestión del sistema de protección social entre los distintos niveles de la administración del Estado plantea una serie de retos específicos adicionales a la hora de comprender el impacto de la inmigración sobre el Estado de bienestar en España, así como sobre los efectos de la actuación de dichos sistemas de protección social sobre la incorporación de las poblaciones de origen inmigrante en la sociedad española. Así, las dificultades de coordinación entre los distintos niveles de la administración del Estado a la hora de desarrollar programas que respondan a los retos planteados por la inmigración y, en particular, en relación al equilibrio de los costes y los beneficios derivados de un incremento poblacional desigualmente distribuido en el territorio, constituye una de las implicaciones más importantes en relación a la estructura de gobierno multinivel que caracteriza al Estado español.

En el contexto actual, marcado por la fuerte crisis económica, las altísimas tasas de desempleo, los recortes presupuestarios que afectan de manera directa a los programas de protección social, así como por la ofensiva ideológica encaminada al desmantelamiento del modelo social característico de las sociedades europeas avanzadas, el fenómeno de la inmigración introduce elementos particularmente importantes por su potencial impacto sobre la legitimidad de los programas de redistribución de la riqueza propios de los Estados de bienestar europeos.

En el presente artículo analizamos el modo en que el sistema de protección social característico del Estado de bienestar español ha respondido a los retos derivados del fenómeno migratorio, prestando particular atención a las implicaciones de su carácter profundamente descentralizado. Señalamos también el papel que la politización del fenómeno migratorio puede llegar a desempeñar en las estrategias de cuestionamiento y recorte de los programas de protección social en España.

2. DIVISIÓN DE COMPETENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA GESTIÓN DE LA INMIGRACIÓN

La población extranjera asentada en nuestro país puede ser clasificada en cuatro grandes categorías: ciudadanos de países miembros de la UE-15 (jubilados, trabajadores con niveles de cualificación medio o alto, y estudiantes); nacionales de otros países occidentales desarrollados no pertenecientes a la UE; ciudadanos de los países de Europa del Este que se incorporaron a la UE a partir de 2004, y finalmente un gran «cajón de sastre» que incluiría a los nacionales de países en vías de desarrollo residentes en España (latinoamericanos, norteafricanos, asiáticos, etc.). Las catego-

rías tercera y cuarta son las que en el imaginario colectivo de la sociedad española encajan bajo el epígrafe de «inmigrantes económicos».

Esta población no está uniformemente distribuida en el territorio, sino que se concentra fundamentalmente en determinadas comunidades autónomas, y dentro de éstas, en algunas provincias y municipios. A grandes rasgos, su distribución refleja la geografía y características específicas de nuestro desarrollo económico, con un alto grado de concentración en la costa mediterránea (Valencia, Cataluña, Baleares y Murcia), así como en la Comunidad de Madrid.

Cuadro nº 1. **DISTRIBUCIÓN DE RESIDENTES EXTRANJEROS POR CCAA A 1 DE ENERO DE 2012**

CCAA	Nº extranjeros	% de la población
Andalucía	730.155	8,7
Aragón	171.193	12,7
Asturias (Principado de)	50.399	4,7
Balears (Illes)	242.812	21,8
Canarias	307.009	14,4
Cantabria	38.994	6,6
Castilla y León	172.816	6,7
Castilla-La Mancha	232.735	11
Cataluña	1.185.852	15,7
Ceuta	4.928	6
Com. Valenciana	880.782	17,2
Extremadura	41.719	3,8
Galicia	110.468	3,9
Madrid (Comunidad de)	1.067.585	16,4
Melilla	10.033	12,8
Murcia (Región de)	240.863	16,4
Navarra (C. Foral de)	71.600	11,1
País Vasco	145.256	6,6
Rioja (la)	46.288	14,3
Total	5.751.487	12,2

Fuente: Elaboración propia con datos del INE.

En el reparto de competencias sobre inmigración entre distintos niveles de la administración del Estado, el gobierno central tiene la responsabilidad sobre el control de fronteras y nacionalidad. En este sentido, por tanto, la definición de quién puede entrar o residir en el territorio del país, en que condiciones, por cuanto tiempo, y en última instancia, cuando un extranjero puede pasar a convertirse legalmente en miembro de la comunidad nacional, constituyen aspectos centrales básicos de la soberanía nacional cuya responsabilidad recae, lógicamente, sobre el gobierno central.

La política migratoria adquiere mayor complejidad cuando se trata no ya del control de fronteras en sentido amplio, sino de la gestión de la incorporación de las poblaciones de origen extranjero en la sociedad receptora. En este ámbito las competencias se encuentran mucho más repartidas entre los distintos niveles de la administración del Estado, desde el gobierno central, hasta las administraciones locales.

A nivel estatal, tras algunas primeras experiencias de naturaleza fundamentalmente simbólica[2], el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración (PECI) 2007-2010 supuso el paso más claro en la dirección de desarrollar una política de integración de la población inmigrante. El PECI trataba de establecer el marco general por el que deberían guiarse las políticas de integración de inmigrantes en la sociedad española. Este plan definía los objetivos concretos a alcanzar en diversos ámbitos de políticas públicas (buena parte de ellos vinculados al Estado de bienestar) con el (magro) apoyo financiero del Fondo de apoyo a la acogida e integración de inmigrantes y al refuerzo educativo[3]. Junto a los principios de igualdad, no discriminación, y de ciudadanía, el PECI planteaba el principio de interculturalidad, como «mecanismo de interacción entre las personas de distintos orígenes y culturas, dentro de la valoración y el respeto de la diversidad cultural» (MTAS, 2007).

La interculturalidad es concebida en este plan con un planteamiento muy alejado del modelo asimilacionista, ya que parte del respeto por la diversidad de las personas y grupos sociales, pero también distante de los excesos del modelo multiculturalista, ya que aspira a prevenir la aparición de grupos culturales aislados entre sí (Cachón, 2008). Los redactores del PECI consideran dicha interculturalidad como algo consustancial a la propia realidad de España, sociedad compuesta por diversas culturas y organizada políticamente en el Estado autonómico que refleja institucionalmente dicha pluralidad interna. Reconociendo que son las CCAA las que ostentan las competencias sobre buena parte de las políticas de bienestar, y que éstas, por tanto, son centrales en el desarrollo de una política de integración de la inmigración, el PECI estipulaba la creación del Consejo Superior de Política de Inmigración, Conferencia sectorial de la política migratoria encargada de asegurar la coordinación entre los diversos niveles de la administración del Estado con objeto de adaptar la estructura de gobernanza de la política migratoria a la realidad de un Estado descentralizado.

---

[2] Tanto el Plan para la integración social de los inmigrantes de 1994, como el Programa global de regulación y coordinación de extranjería e inmigración (GRECO) de 2001 carecían de dotación presupuestaria, por lo que funcionaban fundamentalmente como declaraciones de (buenas) intenciones.

[3] Este se reparte a partes iguales entre CCAA y municipios para contribuir a la financiación de las políticas sociales destinadas a las poblaciones de origen inmigrante. El 60% del Fondo va destinado a programas de acogida e integración de los inmigrantes y el 40% restante a programas de refuerzo educativo. En 2005 la dotación de dicho Fondo fue de 120 millones de €, pasando a 200 millones en los años subsiguientes, siendo de nuevo sustancialmente recortado al iniciarse las políticas de austeridad presupuestaria a partir del año 2008.

En la actualidad, la práctica totalidad de las CCAA se ha dotado de su propio plan de integración de los inmigrantes con el objetivo de coordinar y sistematizar las actuaciones encaminadas a promover la integración de los inmigrantes residentes en su territorio en ámbitos diversos como la sanidad, los servicios sociales o la educación. El punto de partida de estos planes es pues la constatación de que la inmigración constituye un tema transversal a múltiples sectores de políticas públicas, en particular del ámbito del bienestar.

En su mayoría, los planes de integración contienen medidas relacionadas con las políticas sociales, y la responsabilidad sobre su aplicación recae generalmente en las consejerías de servicios sociales. Dichos planes regionales, pese a tener importantes similitudes, contienen diferencias fundamentales en el planteamiento del modo de gestionar la diversidad. La plasmación de la «normalización» como principio rector de la atención a la población inmigrante, asumida por todos los planes autonómicos, se encuentra en la práctica con escollos considerables. La mayoría de esos planes (Murcia, Canarias, Cataluña) plantean medidas generales combinadas con un cierto margen para medidas concretas destinadas a determinados grupos (mujeres, jóvenes) con dificultades específicas. Mientras algunos son más proactivos (intervención más directa de instituciones públicas, como en el País Vasco), otros adoptan una actitud más próxima al *laissez-faire* (Madrid). Algunos favorecen medidas de socialización más directas para promover la aculturación de los recién llegados y la defensa de la comunidad nacional (Cataluña), mientras que otros favorecen el mantenimiento de la identidad cultural de origen (Navarra, País Vasco). En general, las comunidades que presentan una identidad política más diferenciada y que aspiran a mayores cotas de autogobierno, son las que reclaman mayores competencias en la gestión de la política migratoria (Martínez de Lizarrondo, 2008). Un ejemplo de esto son los Estatutos de Cataluña y Andalucía en relación con la gestión de los permisos de trabajo.

El alto grado de descentralización de las políticas de integración conlleva considerables desigualdades entre CCAA y ayuntamientos, ya que aquellas comunidades con más recursos financieros tienen mayor capacidad para desarrollar programas que las que experimentan mayores dificultades presupuestarias (Aja, 2004). Como consecuencia, los inmigrantes, como en buena medida el resto de la población, pueden experimentar diferencias considerables en su acceso a servicios de bienestar en función de su lugar de residencia (Laparra y Martínez de Lizarrondo, 2008).

En este complejo escenario del gobierno multinivel de la política de integración el papel más relevante en la práctica lo han desempeñado con frecuencia las autoridades locales. De hecho, fueron los municipios los que comenzaron también a orquestar actuaciones de acogida a partir de mediados de los noventa, a menudo como respuesta a situaciones conflictivas que rebasaban su capacidad de respuesta. Relacionadas fundamentalmente con los ámbitos de políticas en los que los ayuntamientos tienen competencias (servicios sociales, gestión del espacio público, convi-

vencia local), este tipo de iniciativas suelen poner el énfasis principal en la dimensión sociocultural de la integración. Este nivel de gobierno resulta también particularmente interesante ya que suele ser el primero en el que emergen las actitudes anti-inmigrantes entre sectores de la población autóctona, constituyendo también el espacio más fácil de ocupar por formaciones políticas que traten de movilizar dichos sentimientos con el objeto de acceder a cuotas de poder político.

3. EL ESTADO DE BIENESTAR DESCENTRALIZADO Y LA INMIGRACIÓN

A pesar de la larga tradición de estudios que se ocupan del Estado de bienestar, su relación con el fenómeno migratorio no ha recibido una atención sistemática hasta una fecha relativamente reciente. De igual modo, los estudiosos dedicados al análisis de las migraciones han tendido a obviar el Estado de bienestar, como si la integración de los inmigrantes en sus sociedades de acogida sólo estuviese mediada por políticas y estructuras *ad hoc* orientadas a promover la integración de dichas poblaciones en sus sociedades de acogida. La realidad, no obstante, es que los esquemas de bienestar son los principales mecanismos institucionales que intervienen en la integración social de las personas inmigradas.

Existe un amplio consenso en señalar la particularidad de varios rasgos del sistema de bienestar español: un sistema de aseguramiento social (pensiones de jubilación, invalidez, viudedad, etc., así como prestaciones por desempleo) responsable del mantenimiento de rentas fragmentado y de naturaleza «corporatista», combinado con programas de protección clave basados en principios universalistas (sanidad, educación). La combinación de agentes públicos y privados en la esfera de la provisión de servicios de bienestar se complementa con el papel central reservado a la familia en este ámbito.

Caracterizado por su tardío e incompleto desarrollo, así como por su bajo nivel de gasto social, el Estado de bienestar español dedica una buena parte de sus esfuerzos presupuestarios al pago de las pensiones de jubilación, al tiempo que presta escasa atención a las políticas de vivienda o de apoyo a las familias (Moreno, 2009). Las administraciones públicas españolas han dado tradicionalmente por supuesta la autosuficiencia de los hogares en lo relativo a cuidados personales y de apoyo material a sus miembros, de tal forma que la familiarización de la provisión de cuidado se ha trasladado tradicionalmente a las políticas sociales (Flaquer, 2000). Esto ha reforzado un modelo basado en la sobreexplotación de los recursos familiares y, en particular, de las mujeres de la familia, lo cual plantea importantes retos en un contexto de creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo y de gradual disminución de las expectativas de solidaridad intrafamiliar.

El otro rasgo característico del régimen de bienestar español es su alto grado de descentralización, tanto en lo relativo a la adopción de decisiones políticas, como en

lo que afecta a la gestión de los programas. Salvo en los casos del sistema de pensiones y de la protección por desempleo, que permanecen en manos del gobierno central, el resto de las políticas de protección social corren fundamentalmente a cargo de las administraciones autonómicas y municipales. En este contexto, la responsabilidad del gobierno central en el ámbito del bienestar reside en la elaboración de la legislación básica de aplicación en todo el territorio nacional, así como en determinadas transferencias financieras de carácter condicionado destinadas a cubrir una parte de los costes de algunos programas de protección social. Las CCAA han emergido así como actores políticos centrales en el ámbito del bienestar, desarrollando sistemas regionales de sanidad, educación, servicios sociales y de asistencia social que introducen considerables innovaciones. Esto implica que las reformas que reconocen derechos sociales acaban teniendo contenidos concretos diferentes en las distintas comunidades, en función de las prioridades establecidas por los gobiernos autónomos, así como de los recursos que sea posible movilizar en cada uno de esos territorios para financiar dichas políticas.

3.1. **La Seguridad Social y la población inmigrante**

El sistema de Seguridad Social constituye el núcleo originario principal del Estado de bienestar español, y es el ámbito principal del sistema de protección social controlado por el gobierno central. Financiado a través de las cotizaciones de trabajadores y empresarios, está compuesto por una serie de esquemas de aseguramiento frente a riesgos sociales vinculados al ámbito laboral (desempleo, invalidez, jubilación). La lógica contributiva en la que se fundamentan dichos programas de aseguramiento implica que el criterio básico de definición del derecho de acceso sea haber cotizado al sistema durante un determinado período de tiempo, de modo que la pensión o subsidio que eventualmente recibirá el trabajador es proporcional a la duración y cuantía de su cotización previa. La nacionalidad no desempeña ningún papel en la definición de los criterios de acceso a las prestaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), ya que tanto autóctonos como extranjeros con permiso de trabajo y un empleo en la economía formal acceden a dichos sistemas en igualdad de condiciones.

En el período 1996-2007, la economía española creó casi 8 millones de empleos, pasando de 12,6 millones de ocupados en 1996, a 20,5 millones en el segundo trimestre de 2007 (más del 40% de todo el empleo generado en la OCDE en ese período). La mitad de esos nuevos empleos fueron ocupados por extranjeros, que pasaron de representar el 4% de los afiliados a la Seguridad Social en el 2001, a más del 10,5% a finales de 2011. Los residentes procedentes de países en vías de desarrollo presentan tasas de actividad considerablemente superiores a las de la población autóctona (81,4%, frente a 73,1%) (Oliver, 2010), lo que en 2009 implicó que las cotizaciones a la Seguridad Social de los inmigrantes (8.080 millones de €) aportasen más a la balanza fiscal que todo el gasto social asociado a la inmigración (6.500 mi-

llones de €) (Otero, 2010). Esto es así porque en la actualidad menos del 1% de los beneficiarios de pensiones en España son extranjeros (más de la mitad de los cuales son ciudadanos comunitarios)[4].

Tras el pico de ocupación de 2007, la crisis económica global que ha afectado de forma particularmente fuerte a la economía española ha destruido más de 2,3 millones de empleos. La EPA del segundo trimestre de 2012 marcaba un record en la tasa de desempleo en la presente crisis, con un 24,6% de personas sin empleo. Aunque como señala Oliver (2010) el desempleo entre los inmigrantes no comenzó a aumentar hasta casi un año más tarde que el de los autóctonos, estos colectivos comenzaron a asumir una parte desproporcionadamente alta de los costes de la crisis en forma de desempleo a partir de principios de 2009. De los 427.000 parados inmigrantes en el tercer trimestre de 2007, se pasó a los más de 1,2 millones de finales de 2011. La tasa de desempleo agregada de la población inmigrante superaba así el 33%, en comparación con el 19,5% de los autóctonos, reflejando así su mayor exposición a los sectores de la economía más afectados por la crisis.

Los colectivos de extranjeros han aumentado considerablemente, por tanto, su presencia es mayor entre los perceptores de prestaciones por desempleo. La cuantía y duración de las prestaciones recibidas por los inmigrantes desempleados están directamente vinculadas a la duración y magnitud de sus contribuciones previas. Su alta tasa de temporalidad, así como la menor duración de sus carreras laborales, contribuyen a explicar que la tasa de cobertura de la prestación por desempleo entre los inmigrantes sea relativamente baja. Según los datos del Servicio Público de Empleo Estatal, a finales de 2011 la tasa de cobertura de la población extranjera desempleada era de aproximadamente el 40% frente al 78% de los trabajadores autóctonos en paro. Además, a partir de ese momento el porcentaje de desempleados protegidos por dichos esquemas comenzó a disminuir de manera notable entre los trabajadores extranjeros al llegar a su fin las prestaciones contributivas. Una vez agotado el derecho a una prestación contributiva, los desempleados dejan de percibirla y, en caso de cumplir las condiciones específicas de cada programa, pueden pasar a recibir un subsidio de carácter asistencial por un periodo de tiempo limitado[5]. Estos pro-

---

[4] Francia (con 16.400 pensionistas) y Alemania (con 9.400) ocupan las primeras posiciones en la lista de perceptores de prestaciones por jubilación en España. Los colectivos de inmigrantes económicos aparecen bastante por detrás en dicho listado, con Marruecos en tercer lugar (con aproximadamente 8.000 pensionistas) y Argentina (con unos 2.200) que ocupa la novena posición.

[5] Diversos programas funcionan bajo este epígrafe: Subsidio por desempleo (por finalización de prestación contributiva, no haber cubierto el período mínimo de cotización para acceder a una prestación contributiva, ser emigrante retornado, o haber sido excarcelado), Subsidio y Renta agraria para trabajadores eventuales agrarios (Andalucía y Extremadura), Programa temporal de prestación por desempleo e inserción (informalmente conocido como los «400€»), y la Renta Activa de Inserción (vinculada a la participación en políticas activas de empleo para desempleados de larga duración, mayores de 45 años, emigrantes retornados, víctimas de violencia doméstica y beneficiarios de pensiones de invalidez no contributiva).

gramas de ayudas para desempleados sin derecho a prestación por desempleo están también abiertos a los extranjeros en situación regular. Por su carácter asistencial constituyen tan sólo una ayuda transitoria para situaciones de particular dificultad socioeconómica.

Cuadro nº 2. **PERCEPTORES DE PRESTACIONES POR DESEMPLEO CONTRIBUTIVAS Y ASISTENCIALES**

	Extranjeros		Autóctonos		Total	
	Prestación contributiva	Subsidio asistencial	Prestación contributiva	Subsidio asistencial	Prestación contributiva	Subsidio asistencial
2006	59.709	18.078	660.675	542.152	720.384	558.702
2007	89.375	21.640	690.830	555.627	780.205	575.675
2008	162.745	39.804	938.134	609.506	1.100.879	646.186
2009	240.511	131.004	1.384.281	836.057	1.624.792	960.888
2010	200.067	259.755	1. 271.759	1.185.473	1.471.826	1.445.228
2011	154.251	194.106	1.118.045	1.055.528	1.272.296	1.249.634

Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín de estadísticas laborales.

Como puede observarse en el cuadro nº 2, el número de perceptores de prestaciones y subsidios por desempleo, tanto autóctonos como extranjeros, experimentó un incremento constante desde el inicio de la crisis y hasta el año 2009. A partir de ese momento, las prestaciones de carácter contributivo comenzaron su tendencia decreciente (ante el agotamiento de los derechos de percepción de este tipo de programas), al tiempo que las prestaciones asistenciales continuaban aumentando ya que muchos de los que dejaban de cobrar prestaciones pasaban a percibir subsidios por desempleo. En 2011 los subsidios han comenzado también a agotarse, por lo que la tasa de cobertura de desempleo ha comenzado a descender, aumentando así el porcentaje de personas desempleadas totalmente excluidas de los programas de protección social. Este descenso es más acusado entre los extranjeros. El número de perceptores de prestaciones contributivas entre extranjeros se ha reducido entre 2010 y 2011 en un 22,9%. Entre los autóctonos, el número de perceptores ha disminuido en el mismo período un 12,1%. Por lo que se refiere al número de subsidios asistenciales, se observa la misma pauta, lo cual nos da una pista de hasta que punto las poblaciones de origen inmigrante están perdiendo el apoyo de estos programas de protección social a un ritmo más acelerado.

Las competencias sobre el resto de programas de protección social (servicios sociales, sanidad, educación) recaen fundamentalmente sobre las CCAA y los municipios. En estos ámbitos del Estado de bienestar el gobierno central dicta la legislación

básica, pero son los gobiernos autonómicos y locales los encargados de desarrollar dicha normativa, así como de gestionar y financiar dichos programas.

3.2. **Los servicios sociales y la población inmigrante**

El ámbito de los servicios sociales constituye el eslabón más débil del sistema de protección social en España. Definido de manera imprecisa y caracterizado tanto por su complicada articulación institucional, como por su insuficiente dotación económica, este ámbito de política social se encuentra precariamente desarrollado. Los servicios sociales en España se establecieron durante el franquismo a partir de los esquemas de la beneficencia previamente existentes y, siguiendo la misma lógica, pretenden proporcionar un nivel mínimo de atención a las poblaciones excluidas o insuficientemente protegidas por el sistema de Seguridad Social (Arriba y Pérez, 2007). A nivel operativo, los servicios sociales de las CCAA están divididos en servicios de atención primaria y especializados. Los sistemas de atención primaria son servicios de carácter generalista, gestionados generalmente por los municipios y que cubren un amplio espectro de actuaciones: valoración de los casos, provisión de ayuda de emergencia, atención domiciliaria, etc. Los servicios especializados son generalmente competencia autonómica, y están dirigidos a grupos de población específicos (drogodependientes, mujeres maltratadas, etc.), o a responder a problemas concretos.

De acuerdo con el artículo 14 de la ley 4/2000, los extranjeros residentes legalmente en España tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales, tanto básicos como especializados, en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros en situación administrativa irregular, por su parte, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas a partir del mecanismo del empadronamiento. Esta distinción no se encuentra apoyada en una legislación clara acerca del contenido de los servicios básicos y específicos, por lo que cada CCAA ha resuelto de manera diferente la cuestión del acceso de los inmigrantes indocumentados a su red de servicios sociales. Así, mientras en algunas comunidades se flexibilizan los requisitos para facilitar su acceso, en otras se establecen mecanismos paralelos especializados para atender a dichos colectivos, generalmente en colaboración con organizaciones del tercer sector social (Rodríguez Cabrero, 2006).

El acceso de la población de origen inmigrante a los servicios sociales ha estado rodeado del temor a un recurso masivo a los mismos debido a la vulnerabilidad de estos grupos, su precaria situación laboral, los bajos salarios que reciben, la cobertura imperfecta por parte de otros sistemas de protección social y la escasez de redes de solidaridad familiar y social. Además, la generación de potenciales «turismos asistenciales», o la creación de desincentivos a la participación laboral han generado preocupación ante una posible «sobreprotección». El argumento de fondo es que los inmigrantes podrían acostumbrarse a depender de los subsidios sociales y que esto les puede desmotivar a buscar trabajo.

Los principales datos disponibles acerca de la utilización de los servicios sociales en España (aunque incompletos y poco detallados)[6] son los proporcionados por las CCAA y volcados por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales (MSPS) en la base de datos del Sistema Integrado de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS). La última información disponible recopila los datos de 13 CCAA, así como las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla para 2010 (MSPS, 2011)[7]. En ese año los extranjeros representaron el 15,14% de los usuarios registrados en el SIUSS, un porcentaje no muy superior al que representaban en el conjunto de la población española.

Cuadro nº 3. **EXTRANJEROS COMO % DEL TOTAL DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

CCAA	% extranjeros
Andalucía	8,63
Aragón	22,07
Asturias (Principado de)	8,27
Balears (Illes)	27,04
Cantabria	15,52
Castilla y León	12,84
Ceuta	15,84
Com. Valenciana	23,39
Extremadura	13,46
Galicia	6,65
Madrid (Comunidad de)	31,70
Melilla	22,11
Murcia (Región de)	19,79
Navarra (C. Foral de)	34,01
Rioja (la)	18,73
Total	15,14

Nota: No incluye Canarias, Castilla-León, Cataluña y País Vasco.

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe del SIUSS 2011.

Profundizando en los datos proporcionados por el MSPS, podemos observar como los inmigrantes presentan también un uso diferenciado de los servicios sociales. Según los datos del SIUSS, las principales intervenciones con inmigrantes tuvie-

[6] El hecho de que la cumplimentación de estos datos no sea obligatoria hace que el número de expedientes incompletos sea muy numeroso, lo que resta significación a los datos que se analizan (Informe del SIUSS 2008). Conviene tomar con precaución la clasificación de los usuarios en la categoría «inmigrante», ya que pueden haberse producido importantes sesgos.

[7] No incluye Canarias, Castilla La-Mancha, Cataluña ni País Vasco.

ron por objeto proporcionarles información, orientarles respecto a sus derechos, o derivarles hacia otras instituciones, mientras que para la población autóctona la mayor parte de las intervenciones tenían que ver con la provisión de ayuda a domicilio para situaciones de dependencia.

Cuadro nº 4. **EVOLUCIÓN DE INTERVENCIONES MÁS COMUNES DE LOS SERVICIOS SOCIALES CON POBLACIÓN INMIGRANTE** (en %)

	2007	2008	2009	2010
Tramitación de documentación	20,26	23,40	17,19	16,08
Ayuda de emergencia	17,35	15,32	17,81	19,66
Ayuda alimentaria	8,19	7,36	7,14	7,10
Trámites jurídicos	6,98	8,58	8,42	9,03
Normalización laboral	5,65	5,24	5,04	4,61
Prestaciones sanitarias	5,19	2,73	1,92	1,39

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe del SIUSS 2011.

Las actuaciones para la inserción social, así como la cobertura de necesidades de subsistencia representaron también un porcentaje mayor de las intervenciones con usuarios inmigrantes. Estos diferentes perfiles de uso reflejan la mayor juventud y la autoselección de la población inmigrante, pero pueden apuntar también a diferentes pautas de intervención por parte de los servicios sociales, que en buen número de ocasiones tienden a desviar a los usuarios inmigrantes hacia organizaciones del tercer sector.

Bajo el epígrafe de «Rentas Mínimas de Inserción» (RMI) se incluye el conjunto de programas puestos en marcha por las CCAA con objeto de proporcionar una protección social de último recurso para aquellas personas en edad activa que carezcan de recursos económicos o de una fuente de ingresos alternativa (incluyendo otras prestaciones sociales). Estos programas consisten fundamentalmente en prestaciones monetarias complementadas con una serie de recursos de apoyo para la integración sociolaboral de los perceptores. Por su propia naturaleza, este tipo de mecanismos de protección social pueden desempeñar un papel extremadamente importante en la lucha contra la exclusión socioeconómica, en particular en periodos de crisis económica y de empleo.

A pesar de que a lo largo de la década del 2000 estos programas se han ido institucionalizando en las diferentes CCAA a través de legislación específica, inclusión en leyes de servicios sociales o en los estatutos de autonomía, su desarrollo resulta extremadamente desigual, fragmentado y por lo general insuficiente. Así, mientras algunos programas autonómicos protegen a un porcentaje relativamente significativo de la población en situación de vulnerabilidad socioeconómica (como por ejemplo ocurre en

el País Vasco o en Navarra), otras comunidades han utilizado este tipo de programas de manera meramente testimonial (Castilla-La Mancha, C. Valenciana, o Murcia). En realidad, a pesar de la incorporación de las RMI al elenco de esquemas de protección social, su débil articulación con otras prestaciones sociales (fundamentalmente las incluidas bajo el paraguas del sistema de Seguridad Social), así como su naturaleza altamente discrecional, las convierte en programas particularmente vulnerables ante las variaciones en las coyunturas económicas, sociales o políticas.

Los extranjeros en situación irregular tienen su acceso limitado a los servicios sociales básicos, por lo que están formalmente excluidos de las RMI. A partir de esta regulación básica, definida por el gobierno central, las CCAA mantienen diferentes mecanismos y condiciones de acceso a las RMI con objeto de circunscribir dichos programas a las personas residentes en su territorio, tratando así de evitar posibles «efectos llamada» («turismo prestacional»). La nacionalidad ha sido introducida como requisito explícito tan sólo en algunas CCAA (como Andalucía, comunidad que excluye de este tipo de programas a los residentes no comunitarios), siendo más común el recurso a condiciones relativas a la duración de la residencia (y/o del empadronamiento) en la CCAA en cuestión. Las diferencias en los requisitos de acceso a las RMI no parecen haber incitado a la movilidad geográfica en busca de las condiciones más favorables para acceder a una prestación, pero han ampliado la ya de por si heterogénea regulación de este tipo de programas en las diferentes CCAA.

Desde 2007, la Dirección General de Política Social elabora un informe anual sobre las RMI en el que hace pública la información de la que dispone acerca de este tipo de programas, incluyendo datos básicos acerca de los perceptores (titulares de la prestación y hogares). A pesar de que los datos de este informe son relativamente poco precisos[8], constituyen una fuente extremadamente útil a la hora de analizar el funcionamiento de este tipo de programas.

Al observar los datos del último de estos informes, relativo al año 2010, se puede constatar que el porcentaje agregado de extranjeros perceptores de RMI en el conjunto del país (13,8% del total) representa aproximadamente el mismo porcentaje que el de los extranjeros en el conjunto de la población española. Podemos por tanto constatar que la presencia de extranjeros en estos programas dista mucho de ser masiva, pudiéndose descartar, por tanto, los argumentos de acaparación o abuso de los programas de RMI por parte de la población de origen inmigrante. Por el contrario, la precariedad de las condiciones de vida y la vulnerabilidad ante la actual crisis de empleo de los colectivos de origen inmigrante harían esperable porcentajes superiores de inmigrantes entre los perceptores de RMI, como así ocurre en algunas CCAA (particularmente Ba-

[8] Los datos se generan siguiendo una metodología poco estandarizada y son, en muchos casos, incompletos.

leares, Navarra, Cataluña y Aragón)[9]. De hecho, si tomamos en consideración que los inmigrantes se encuentran con frecuencia entre los grupos más desfavorecidos, y representan a una proporción importante de la población en riesgo de exclusión, podemos afirmar que en buen número de CCAA el rango de cobertura de las RMI para la población inmigrante es inferior al que le correspondería.

Cuadro nº 5. **INMIGRANTES TITULARES DE RENTAS MÍNIMAS DE INSERCIÓN (2010)**

CCAA	Requisito de meses de empadronamiento	Requisito de meses de residencia en la C.A.	Inmigrantes titulares de la prestación	Total de titulares con prestación	% Titulares inmigrantes sobre total	% Hogares con RMI sobre total de hogares CCAA	% Hogares inmigrantes con prestaciones
Andalucía	12	12	-	29.644	-	1,02	-
Aragón	12	12	1.309	3.382	38,7	0,67	2,84
Asturias	SI	24	706	8.129	8,7	1,96	2,32
Baleares	SI	6	1.376	2.076	66,3	0,50	1,46
Canarias	6	36	58	4.900	1,2	0,65	0,03
Cantabria	12	12	189	3.424	5,5	1,59	1,13
Castilla Mancha	24	24	94	1.411	6,7	0,19	0,16
Castilla y León	12	12	598	3.444	17,4	0,35	0,91
Cataluña	SI	12	11.975	30.277	39,6	1,09	2,96
Extremadura	12	12	-	1.580	-	0,40	-
Galicia	12	12	744	6.948	10,7	0,68	0,71
Madrid	SI	12	3.377	15.014	22,5	0,64	0,99
Murcia	12	12	301	1.370	22	0,27	0,41
Navarra	SI	12	4.625	7.444	62,1	3,17	20,35
País Vasco	12	12	-	66.545	-	7,79	-
La Rioja	12	12	-	1.287	-	1,05	-
C. Valenciana	24	No fijado	-	5.265	-	0,27	-
Ceuta	SI	12	126	493	25,6	1,13	1,09
Melilla	24	24					
Total	-	-	26.601	126.088	13,8	1,13	1,23

Fuente: Elaboración propia con datos del Informe de Rentas Mínimas de Inserción del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales 2009 (MSPS, 2011); EPF (2010) para hogares por CCAA, ENI 2007 para hogares inmigrantes (INE, 2011).

[9] La interpretación de estos datos, en especial de las desigualdades en la presencia de inmigrantes entre los perceptores de la RMI entre las diferentes CCAA, debe tomarse con cautela. Las razones de estas diferencias pueden deberse a la falta de estandarización de los datos, a las características institucionales de dichos programas (criterios de elegibilidad y funcionamiento, etc.), a la distribución territorial de la población inmigrante en nuestro país, o a sus distintos patrones de inserción en el mercado de trabajo regional y local.

El acceso a estos programas de protección social no constituye una estrategia de supervivencia o de obtención de recursos particularmente extendida entre los extranjeros. Al contrario, la evidencia acumulada por investigadores y profesionales, a pesar de ser escasa, parece indicar que los colectivos de origen inmigrante emplean las RMI en momentos de particular dificultad socioeconómica y permanecen relativamente poco tiempo bajo la protección de este tipo de programas. Cabe pensar que la actual crisis podría haber implicado un cambio en las trayectorias de inserción sociolaboral de estos colectivos, dada la particular gravedad de la situación del empleo entre la población inmigrante y la mayor debilidad de sus redes de solidaridad comunitarias. No disponemos aún, sin embargo, de datos que muestren una transformación de dichos patrones de acceso a la RMI por parte de la población inmigrante en los dos últimos años.

En un contexto de recursos escasos como el de los servicios sociales (extensible a otros ámbitos del bienestar no incluidos de modo explícito en el presente estudio como las guarderías para niños entre cero y tres años, o las becas de comedor), pueden producirse procesos de desplazamiento de beneficiarios autóctonos en beneficio de solicitantes de origen inmigrante por la simple aplicación de un criterio de necesidad. Este proceso, totalmente neutro en origen, es en ocasiones percibido como trato de favor hacia los inmigrantes como tales por parte de algunos sectores de la población autóctona. La percepción de competencia en torno a estos recursos públicos es en gran medida consecuencia de los insuficientes recursos asignados a unos programas expuestos a una creciente demanda por parte de una población en aumento.

3.3. **El sistema sanitario público para la población inmigrante**

Junto a los servicios sociales, el sistema sanitario público constituye el segundo pilar básico de los sistemas de protección social gestionado por las CCAA. El Sistema Nacional de Salud (SNS) desarrollado gradualmente a partir de la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, ha tendido a expandir su rango de cobertura hasta alcanzar a la práctica totalidad de la población residente en nuestro país, entendiendo el derecho a la atención sanitaria como un derecho humano básico. La Ley 4/2000 vino a ampliar la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados, aunque en la práctica permanecieron algunos obstáculos a la hora de hacer efectivo dicho derecho, especialmente para la obtención de tarjeta sanitaria, o en relación al copago de medicamentos. Sin embargo, la universalización formal de la atención sanitaria no garantizó automáticamente la equidad en el acceso, ya que ésta no implicaba que existiese un nivel común de prestaciones, ni un uso similar de los servicios por parte de los distintos grupos de la población.

Diversos indicadores confirman que inmigrantes y autóctonos hacen un uso claramente diferenciado de los servicios sanitarios. En la actualidad, los extranjeros consultan un 7% menos al médico de cabecera que la población autóctona y un 16,5% menos al médico especialista. En cambio, los extranjeros recurren con más frecuencia a los servicios de urgencias: ésta fue la vía por la que el 65% de los extranjeros accedie-

ron a tratamiento hospitalario, frente a un 57% en el caso de los españoles (Moreno Fuentes y Bruquetas, 2011). Las razones de que existan estas diferencias en el uso del sistema sanitario son múltiples, desde la menor disponibilidad de tiempo para utilizar el sistema de manera normalizada, hasta las diferentes culturas de uso de las prestaciones sanitarias derivadas de las experiencias en los países de origen. Este uso diferencial conlleva sobrecargas en la demanda, particularmente en los centros de atención primaria de barrios con concentración de población inmigrante, así como en los servicios de urgencias hospitalarias (Guinea y Moreno Fuentes, 2008). Esta concentración de la demanda puede repercutir en un relativo deterioro de las condiciones asistenciales y por tanto, en una sensación de competencia por recursos escasos (el tiempo de atención del médico, pongamos por caso) en contextos de por sí desfavorecidos.

Las implicaciones de la crisis económica sobre el ámbito de la salud y de la sanidad no son tan inmediatas como en otros ámbitos de política social abordados anteriormente, pero la relación entre privación material, recortes presupuestarios y la salud de la población son claras en el medio y largo plazo. La literatura especializada ha acreditado profusamente los efectos perniciosos de las situaciones de exclusión económica en el presente sobre el estado de salud en etapas más avanzadas del ciclo vital, así como en el incremento de riesgos de mortalidad prematura. En este sentido, es previsible que el empeoramiento de las condiciones de vida acarreado por la crisis económica en muchos hogares donde viven personas extranjeras termine cristalizando en un incremento de sus tasas de morbilidad.

El hecho de que se levanten nuevas barreras de acceso a los servicios sanitarios en un contexto de recorte de las prestaciones públicas puede agravar estas tendencias. La aprobación del Real Decreto Ley 16/2012 de «medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones», en abril de 2012 recupera la figura del «asegurado» como criterio básico de elegibilidad a las prestaciones del SNS y refuerza el papel de la SS en la comprobación del derecho de acceso al sistema sanitario público, al tiempo que expulsa a los inmigrantes indocumentados del sistema, revirtiendo con ello a un estadio ya superado en la consolidación de un SNS de naturaleza universalista. La aplicación práctica de esta medida no repercutirá en una disminución del gasto sanitario (si acaso, más bien al contrario, al canalizarse una parte de la potencial demanda sanitaria hacia los servicios de urgencias, mucho más caros que la atención primaria), pero si supone una reducción significativa en las posibilidades de recibir atención sanitaria en caso de necesidad para determinados colectivos de origen inmigrante, con el claro impacto que esto tendrá sobre el estado de salud de este colectivo.

3.4. **La educación para la población inmigrante**

Pese a que la legislación garantiza el derecho de acceso de los menores inmigrantes a la enseñanza obligatoria, los datos muestran que los niños y niñas inmigrantes tienen una incorporación subordinada al sistema educativo español, en inferioridad de opor-

tunidades respecto a los alumnos nativos, lo que contribuye a unos peores resultados educativos. Si bien el acceso de los inmigrantes al sistema educativo no plantea problemas mayores, los obstáculos aparecen tanto en el acceso a determinados tipos de centro, como a ciertos itinerarios formativos. Los datos son ilustrativos. Por lo que se refiere al acceso a los centros, el 82% del alumnado extranjero se concentra en centros públicos, frente a un 14,1% que asiste a centros privados concertados, y a un 3,8% que asiste a centros privados no concertados. Además, los alumnos inmigrantes tienen más del doble de probabilidades de asistir a centros educativos con alta concentración de alumnado extranjeros, y más probabilidades de asistir a centros con alumnado en situación de desfavorecimiento (Moreno Fuentes y Bruquetas, 2011). La concentración de alumnos inmigrantes en determinadas escuelas no sólo refleja las pautas residenciales de las familias inmigrantes, sino también una dinámica selectiva alimentada por las estrategias de evitación de muchos padres autóctonos, las políticas de admisión de gran parte de los colegios concertados, así como por determinadas políticas públicas. Particularmente, las políticas desarrolladas por los gobiernos conservadores favoreciendo el principio de libertad de enseñanza sobre el de igualdad de oportunidades educativas han servido para reforzar las dinámicas selectivas de escuelas y padres.

Estas condiciones escolares, lejos de contribuir a corregir situaciones de desventaja social que repercuten negativamente sobre los rendimientos escolares, pueden llegar a agravarlas. En la prueba de comprensión lectora del informe PISA 2009, las puntuaciones de alumnos nativos y de alumnos inmigrantes de primera generación (no nacidos en España) alcanzaban 60 puntos de diferencia. Las brechas entre estudiantes inmigrantes y autóctonos en rendimientos escolares se evidencian también claramente en los riesgos de abandono escolar prematuro. Así, la proporción de jóvenes de 16 a 24 años sin titulación postobligatoria y que no siguen estudiando es bastante más elevada entre los menores de origen inmigrante (44%) que entre los autóctonos (28%) (Marí-Klose *et al.*, 2009).

Las CCAA han empleado sus competencias en educación para desarrollar políticas compensatorias específicamente orientadas al alumnado inmigrante (Carabaña, 2006). A la hora de recibir al alumnado inmigrante recién llegado en los centros escolares, algunas comunidades han preferido un modelo integrado, incorporando a estos alumnos directamente en su curso correspondiente. En otras regiones se han instaurado sistemas paralelos o mixtos, como en Cataluña (aulas de acogida), la Comunidad de Madrid (aulas de enlace), Andalucía (aulas temporales de adquisición lingüística), Baleares (programas de acogida), Castilla-La Mancha (equipos de apoyo lingüístico) o Murcia. En este último caso, los alumnos recién llegados deben seguir cursos de acogida, de duración limitada, en los cuales están parcialmente separados de los alumnos autóctonos. Esto quiere decir que los alumnos asisten a un aula de acogida por la mañana y al aula ordinaria por la tarde, o que reciben acogida durante un número limitado de horas a la semana y el resto del tiempo asisten a las clases que les corresponden por edad.

Al igual que sucede con el sistema sanitario, los efectos de la crisis sobre el ámbito educativo en relación a la inmigración no van a ser, previsiblemente, inmediatos. Dado el carácter universal de su rango de cobertura, no cabe en principio esperar implicaciones significativas en términos de acceso de las poblaciones de origen inmigrante. Ahora bien, los recortes que se están planteando en los presupuestos educativos pueden amenazar la capacidad de los centros para desarrollar programas de atención específica y acompañamiento a los estudiantes extranjeros y sus familias, lo que puede redundar en una peor integración socioeducativa de estos colectivos. Por otra parte, las mayores dificultades socioeconómicas que experimentan muchas de las familias extranjeras pueden crear contextos de adversidad que supongan una traba adicional para el éxito escolar de los menores de origen inmigrante.

4. FRICCIONES COMPETENCIALES Y FINANCIERAS

Pese a que el país en su conjunto, de forma agregada, obtiene un beneficio neto de la inmigración, la estructura de gobernanza multinivel y los sistemas de financiación entre los diferentes niveles de gobierno pueden producir desequilibrios presupuestarios entre administraciones públicas, con importantes implicaciones para los sistemas de protección social. Más allá de las cotizaciones sociales y de los impuestos directos e indirectos recaudados a las poblaciones de origen inmigrante, e incluso de las estimaciones de gasto atribuibles a prestaciones y servicios proporcionados a éstas, el cálculo de dicha balanza fiscal debería incluir el conjunto de la riqueza generada como consecuencia de la presencia (y participación laboral) de estas poblaciones en la sociedad de acogida. A falta de estudios completos que incluyan dichos parámetros para el caso español, los datos de los que disponemos son resultado de análisis parciales que, de todas formas, muestran el impacto claramente positivo de la inmigración sobre las cuentas públicas españolas.

El informe de la Oficina Económica del Presidente del Gobierno de 2006 estimaba que el 50% del superávit alcanzado por las finanzas públicas en los años de mayor crecimiento de la economía española (unos 5.000 millones de € anuales) correspondía a la inmigración. En dicho trabajo se calculaba que las personas de origen inmigrante absorbían el 5,4% del gasto público (18.618 millones de €), y aportaban el 6,6% de los ingresos totales del Estado (23.402 millones de €), por lo que el saldo neto de su contribución era de 4.784 millones de €, es decir la mitad del superávit del conjunto del sector público en 2005. Para Dolado y Vázquez (2008), los ingresos derivados de la inmigración (IRPF, cotizaciones sociales, IVA e impuestos especiales, etc.) en el año 2008 excedían a los costes (en forma de prestaciones por desempleo, pensiones, educación, sanidad, etc.) en cerca de 2.000 millones de € anuales, con la expectativa de que ese saldo positivo se incrementase hasta los 3.000 millones de € a finales de 2010. Esos mismos autores calculaban que, en la medida en que se cumplan las proyecciones demográficas acerca del crecimiento de la población autóctona y de flujos migratorios, dicho saldo positivo se reducirá a unos 1.500 millones de € anuales hacia finales de la próxima década.

La sostenibilidad presente y futura del sistema de Seguridad Social constituye uno de los ámbitos en los que con más frecuencia se hace referencia a la inmigración en su relación con las políticas de protección social. El argumento general apunta a una idea relativamente simple. Si las sociedades europeas, y entre ellas particularmente la española, se encaminan hacia un significativo deterioro en sus tasas de dependencia (ratio entre personas inactivas y personas trabajando), consecuencia del acentuado proceso de envejecimiento de su población, la llegada de población joven (y por tanto activa) desde otros países constituye una de las vías más rápidas y sencillas de frenar temporalmente dicho proceso.

Los países europeos están empezando a ser efectivamente víctimas de la lenta explosión de la bomba demográfica. El aumento de la esperanza de vida, unido a las bajas tasas de natalidad registradas a partir de los años 70 (en Europa) y 80 (en España), tiene un impacto directo sobre los sistemas de seguridad social, pues tiende a aumentar la proporción de jubilados, mientras que reduce la de trabajadores. Dado que cada vez mas gente cobra del sistema y menos gente contribuye a él, nuestra sociedad envejecida no será capaz de hacer frente a los transferencias comprometidas con los trabajadores futuros, a no ser que se incrementen las cargas sociales (lo cual deprimiría la demanda interna frenando por tanto el crecimiento económico, al tiempo que haría menos competitivas nuestras exportaciones), o se reforme el sistema de seguridad social (para lo cual existen unos ciertos márgenes que conseguirían retrasar los problemas, aunque sin resolverlos de forma estructural). El gasto en pensiones representa actualmente en torno al 8,7% del PIB en España y se estima que podría aumentar hasta casi el 20% del PIB en 2050 (aún en el caso de que se produjera una convergencia con las tasas de empleo en la UE).

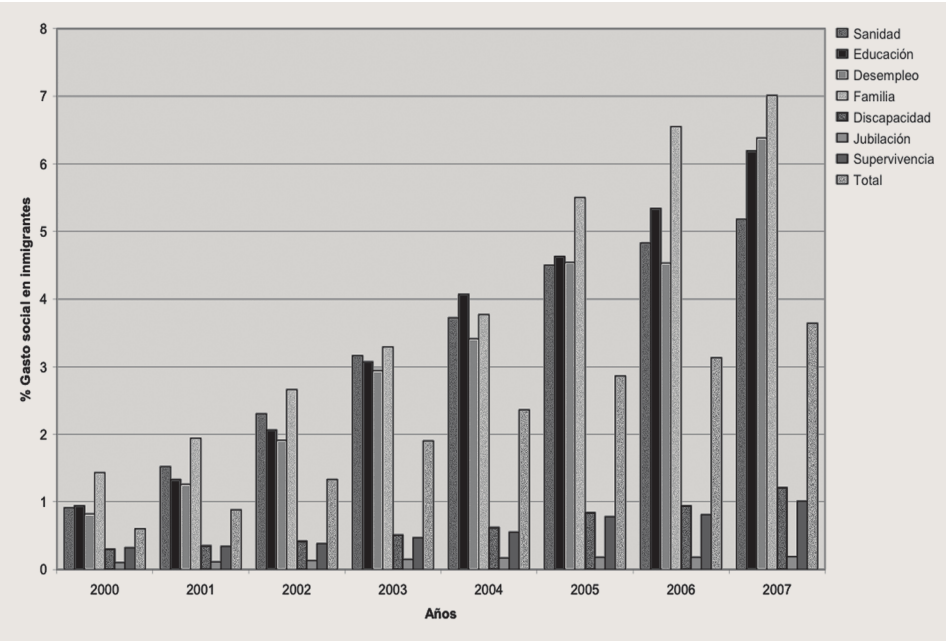
En la medida en que los inmigrantes aporten sus cotizaciones sociales para pagar las pensiones de los jubilados actuales, no cabe la menor duda de que la inmigración contribuye al equilibrio financiero del sistema. La llegada de más de cuatro millones de inmigrantes, no sólo ha contribuido a rejuvenecer la población activa, sino que también ha aumentado el número de cotizantes a la Seguridad Social, manteniendo constante el número de pensionistas, razón por la cual el sistema público ha continuado en «números negros» en los últimos años. Según el informe de la oficina económica de presidencia publicado en 2006, los inmigrantes aportaron ese año a las arcas del INSS unos 8.000 millones de €, y recibieron pensiones por valor de 400 millones. De acuerdo con las últimas cifras de la Seguridad Social, a finales de 2010 había 18,7 millones de cotizantes, de los cuales casi 1,9 millones eran inmigrantes (un 81% no comunitarios y un 19% comunitarios). Estos inmigrantes habrían contribuido a elevar temporalmente la ratio de cotizantes sobre pensionistas a cerca del 2,5. Con ello, la inmigración habría retrasado en casi cinco años la entrada en déficit del sistema de pensiones español, de 2023 a 2028, introduciendo así un margen de actuación que permita abordar las reformas necesarias para garantizar la sostenibilidad futura del sistema de Seguridad Social (González *et al,* 2009).

La conversión de los inmigrantes en pensionistas comenzará aproximadamente en 2030, pero al menos hasta 2045 contribuirán de manera positiva a las finanzas del sistema, en buena medida porque sus pensiones serán de menor cuantía al haber sido su base de cotización más baja. A partir de ese momento, sin embargo, los jubilados inmigrantes coincidirán con los jubilados autóctonos de la generación del *baby boom*, por lo que contribuirán a incrementar la demanda de pensiones al sistema de seguridad social. Los diversos estudios sobre el tema llegan a una conclusión común: la inmigración ha garantizado temporalmente la sostenibilidad financiera del sistema de pensiones, aunque en el mejor de los casos pospone la resolución del problema a la siguiente generación. En este sentido, dicha contribución es ya claramente positiva, al haber retrasado el déficit de la Seguridad Social varios lustros. Muchos de estos inmigrantes, además, no habrán desarrollado trayectorias de cotización suficientemente largas en nuestro país como para beneficiarse de una pensión contributiva, por lo que tan solo podrán optar a una prestación no contributiva que son financiadas a través de los presupuestos generales del Estado. Las implicaciones de este tipo de situaciones son múltiples, ya que dichas pensiones son de una cuantía considerablemente inferior a las contributivas, y suponen además una transferencia de la responsabilidad financiera desde el sistema de seguridad social hacia las arcas del Estado. Constituye también por último una combinación diferente de legitimidades, al pasarse de una lógica contributiva, a otra de «solidaridad nacional», ampliando con ello el margen para la politización del tema del acceso de los inmigrantes al sistema de protección social inicialmente pensado para la población autóctona.

Como hemos señalado, el principal saldo fiscal positivo de la inmigración se ha generado en buena medida en el sistema de seguridad social, bajo el control por tanto de la administración central del Estado. De igual modo (y con la excepción del País Vasco y Navarra que funcionan a través del sistema de Concierto), los impuestos sobre la renta y el consumo en los que la inmigración puede repercutir positivamente son gestionados también por el gobierno central, que distribuye posteriormente los porcentajes acordados a los gobiernos de las CCAA en función de los acuerdos de financiación autonómica negociados periódicamente. En este contexto, la llegada de un gran volumen de inmigración en los últimos años, y la concentración de dichos colectivos de inmigrantes en determinadas comunidades, ha supuesto un importante desajuste entre los recursos fiscales generados por la inmigración, y los gastos concretos derivados de un incremento de la demanda en políticas sociales concretas (sanidad, educación, servicios sociales). Así, comunidades como Cataluña, Madrid o Valencia, en los que la llegada de inmigrantes ha supuesto un rápido incremento de la población residente, han experimentado dificultades para responder a la demanda adicional de prestaciones y servicios sin que la financiación recibida desde el gobierno central se haya ajustado al mismo ritmo. Los beneficios de la inmigración serían de esta manera muy claros en el nivel macroeconómico (los superávits fiscales de la administración general del Estado entre los años 2005 y 2007 no resultan ajenos a este proceso), mientras que las tensiones se pueden haber plan-

teado en el nivel meso (presupuestos de las CCAA) y microeconómico (escuelas, centros de atención primaria, hospitales).

Gráfico nº 1. **PORCENTAJE DEL GASTO SOCIAL DEDICADO A POBLACIÓN INMIGRANTE**



Fuente: Elaboración propia con datos de Otero et al., 2010.

Como muestra el gráfico nº 1, dos de los componentes principales del gasto social en la población inmigrante lo constituyen la sanidad y la educación. Aunque la coyuntura económica introduce oscilaciones en dicha composición del gasto, estos dos ámbitos de política social, de titularidad y responsabilidad autonómica, absorben como mínimo el 75% del conjunto del gasto social dedicado a estos colectivos.

El cuadro nº 6 nos permite observar como el porcentaje del gasto sanitario y educativo dedicado a la población inmigrante ha ido creciendo de manera significativa en el período reflejado en todas las regiones. Dichos porcentajes siguieron siendo inferiores al porcentaje que los inmigrantes representaban en la población total de cada CCAA, sin embargo se incrementaron considerablemente en un corto período de tiempo, sin que la financiación procedente del gobierno central se ajustase al mismo ritmo y de manera proporcional. Los recursos adicionales puestos a disposición de las CCAA y municipios por el gobierno central para favorecer la integración de los inmigrantes a través del Fondo de apoyo a la acogida e integración de inmigrantes y al refuerzo educativo resultan claramente insuficientes para responder

Cuadro nº 6. **EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO Y EDUCATIVO EN POBLACIÓN INMIGRANTE**

	Sanidad									Educación							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Andalucía	0,54	0,78	1,11	1,6	1,89	2,5	2,85	3,01		0,51	0,71	1	1,4	1,95	2,3	2,67	3,98
Aragón	0,09	0,2	0,37	0,53	0,65	0,89	0,93	1,13		0,62	1,12	2,13	3,56	4,59	5,39	6,46	6,97
Asturias	0,05	0,07	0,1	0,14	0,17	0,21	0,21	0,24		0,28	0,44	0,78	1,26	1,66	1,97	2,27	2,56
Baleares	0,14	0,24	0,42	0,62	0,72	0,96	0,87	0,98		1,26	1,88	3,19	4,96	6,59	7,16	7,67	11,23
Canarias	0,39	0,56	0,82	1,04	1,26	1,41	1,32	1,41		1,19	1,58	2,31	3,16	3,74	4,3	4,33	7,34
Cantabria	0,03	0,05	0,09	0,12	0,15	0,19	0,2	0,23		0,39	0,57	0,97	1,7	2,43	2,87	3,39	3,48
Cast. Mancha	0,1	0,21	0,39	0,56	0,69	0,96	1,04	1,36		1,05	1,05	1,81	2,97	3,96	4,79	5,7	6,06
Cast. y León	0,09	0,15	0,28	0,41	0,5	0,69	0,75	0,86		0,4	0,7	0,98	1,64	2,17	2,81	3,24	4,26
Cataluña	1,32	1,96	2,87	4,17	5,17	6,48	6,79	7,43		1,42	1,91	2,78	4,02	5,68	6,59	7,72	8,39
Extremadura	0,06	0,08	0,12	0,14	0,16	0,21	0,21	0,23		0,41	0,56	0,81	1,06	1,28	1,46	1,73	2,09
Galicia	0,12	0,18	0,26	0,33	0,36	0,48	0,47	0,52		0,21	0,32	0,54	0,87	1,15	1,32	1,62	2,29
Madrid	1,35	2,63	3,67	4,85	5,52	6,77	6,43	7,13		2,28	3,02	4,43	6,22	7,69	7,9	8,5	8,75
Murcia	0,22	0,48	0,74	1,05	1,19	1,46	1,5	1,7		1,44	1,54	2,82	4,59	5,96	6,64	7,62	8,58
Navarra	0,07	0,17	0,27	0,35	0,39	0,43	0,43	0,45		1,14	1,72	3,33	5,04	6,19	7	7,36	7,35
País Vasco	0,13	0,19	0,29	0,39	0,46	0,58	0,64	0,8		0,44	0,67	1,04	1,54	2,06	2,6	3,05	3,12
La Rioja	0,03	0,06	0,12	0,17	0,21	0,27	0,3	0,34		0,8	1,56	2,81	4,8	6,37	7,35	8,54	8,87
Com.Valenciana	0,44	0,78	1,44	2,14	2,63	3,38	3,56	4,06		0,55	1,2	2,12	3,38	4,72	5,45	6,16	8,01
Ceuta y Melilla	0,07	0,1	0,09	0,09	0,09	0,04	0,05	0,07		0,94	1,33	2,06	3,07	4,07	4,63	5,24	6,19
Total	0,91	1,52	2,3	3,16	3,72	4,5	4,83	5,18		0,51	0,71	1	1,4	1,95	2,3	2,67	3,98

Fuente: Elaboración propia con datos de Otero *et al*., 2010.

al incremento de la demanda de servicios de protección social provocada por el aumento de la población residente. Ante esta situación, las CCAA que han experimentado un mayor flujo migratorio han tratado de hacer valer el argumento poblacional como elemento central en la redefinición de sus relaciones financieras con el gobierno central, con objeto de ver reconocidas sus circunstancias particulares y, con ello, de incrementar los recursos financieros de los que disponen.

El desajuste entre necesidades y recursos sociales ha generado además conflictos localizados territorialmente, especialmente cuando éstos han sido atizados políticamente por determinados «empresarios políticos» de la xenofobia. La emergencia del tema de la inmigración en la esfera política local y autonómica constituye la materialización de esas tensiones, así como los primeros indicios del espacio potencialmente existente para la politización de la inmigración en la sociedad española.

5. **CONCLUSIONES**

Desde el inicio de la crisis económica que ha afectado a nuestra economía con particular intensidad desde 2008, los flujos migratorios se han ralentizado, pero esto no significa que vayan a desaparecer. Los procesos de reagrupación familiar continuarán y los flujos de inmigrantes económicos volverán probablemente a incrementarse cuando la economía comience a mostrar signos de recuperación. Mientras tanto, algunos de los extranjeros asentados en nuestro país decidirán volver a sus países de origen, o emigrarán de nuevo hacia otros países desarrollados en busca de mejores oportunidades laborales, pero el grueso de los extranjeros asentados en nuestro país forma ya parte integrante de la población española de manera estructural.

La población extranjera no comunitaria trabaja y vive en condiciones más precarias que los autóctonos (mayor presencia en la economía informal, contratos temporales, etc.) y por tanto está más expuesta a sufrir riesgos de exclusión socioeconómica. Pese a esta circunstancia, las poblaciones de origen inmigrante no sólo no hacen un uso particularmente intensivo de los diversos sistemas de protección social, sino que, de hecho, se encuentran generalmente infrarepresentados entre los usuarios de la mayoría de los esquemas en proporción a su peso relativo en la población. Además de esto, los datos disponibles muestran que el balance fiscal entre su contribución al erario público y el coste de las prestaciones y servicios sociales que reciben resulta claramente favorable a las arcas del Estado. Esto se explica fundamentalmente por la mayor juventud de la población inmigrante, y por tanto, por su menor necesidad de los servicios sanitarios, pensiones, etc. En este sentido, la inmigración ha aparecido como una suerte de «comodín» para el sistema de Seguridad Social (permitiéndole adoptar las reformas necesarias con mayor margen de reflexión y búsqueda de consensos), pero por supuesto no como la solución definitiva a sus problemas de sostenibilidad financiera.

El asentamiento de poblaciones de origen inmigrante visibiliza algunos problemas en los equilibrios de responsabilidades y competencias entre diferentes niveles de la administración del Estado. Uno de los aspectos más evidentes de dichos conflictos es el que se deriva de los desequilibrios en los flujos financieros producidos por el desigual reparto entre los costes (quién asume la factura de las prestaciones y servicios proporcionados a los nuevos residentes) y los beneficios derivados de la inmigración (a través de qué mecanismos se recaudan y gestionan los recursos financieros generados por la presencia de los nuevos contribuyentes). Ni la escasa cuantía del Fondo de apoyo para la acogida, integración y el refuerzo educativo de los inmigrantes, ni la relativa rigidez de los procesos de negociación de la financiación autonómica y municipal han resuelto hasta la fecha un tema que puede generar consecuencias negativas de gran calado, relacionadas tanto con el deterioro de los servicios públicos (en aquellas zonas en las que se concentre un gran aumento de la demanda, sin que se adecue la dotación de recursos a los programas de protección social a la nueva situación), como con la politización de dicho deterioro.

Aunque las posibilidades de intervención desde las administraciones públicas en este ámbito son relativamente limitadas, conviene reflexionar sobre las consecuencias de la concentración espacial de la inmigración en determinados barrios y municipios. El desarrollo o reforzamiento de procesos de estigmatización territorial (asociar determinados comportamientos y actitudes negativos a la residencia en un determinado barrio) constituye un fenómeno que afecta particularmente a las poblaciones de origen inmigrante, limitando claramente las oportunidades (particularmente en el ámbito laboral) de los residentes en esas zonas. Este proceso, que aún podríamos considerar en estado embrionario en nuestro país, ha sido muy estudiado en sociedades con más experiencia migratoria, y una vez cristalizado, ha requerido de una enérgica actuación por parte de las administraciones para abordarlo.

Los riesgos principales giran en torno a la politización del fenómeno de la inmigración, y la pérdida de legitimidad del Estado de bienestar. En estas condiciones conviene prestar mucha atención a la evolución de las actitudes negativas de la población autóctona y a la relevancia creciente que están adquiriendo los argumentos en torno al «abuso» de recursos públicos por parte de los inmigrantes. Estas actitudes y discursos, aunque claramente inconsistentes con la evidencia empírica disponible, amenazan con erosionar la legitimidad de los sistemas públicos de protección social (y por tanto su sostenibilidad futura), especialmente si son alimentados en un contexto de competición partidista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJA, E. (2004): «Reflexions sobre els municipis en la futura nova llei d'estrangeria», *Bolleti CRID* 12: 14-15.

ARRIBA, A. y PÉREZ, B. (2007): «La última red de protección social en España: prestaciones asistenciales y su activación», *Política y Sociedad*, 44 (2): 115-133.

CACHÓN, L. (2008): «La integración de y con los inmigrantes en España: debates teóricos, políticas y diversidad territorial», *Política y Sociedad*, 2008, 45 (1): 205-235.

CARABAÑA, J. (2006): «Los alumnos inmigrantes en la escuela española», en AJA, A. y ARANGO, J. (eds), *Veinte años de inmigración en España. Perspectiva jurídica y sociológica (1985-2004*), Barcelona: Fundación CIDOB.

CARRASCO, R. y RODRIGUEZ CABRERO, G. (2005): «La protección social de los inmigrantes no comunitarios», *Cuadernos de Relaciones Laborales* 23 (2): 69-99.

DOLADO, J.J., y P. VÁZQUEZ (2008): *Ensayos sobre los efectos económicos de la inmigración en España*, Madrid: FEDEA.

FLAQUER, L. (2000): *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*, Barcelona: Fundación 'la Caixa'.

GONZÁLEZ, C., CONDE-RUÍZ, I. y BOLDRIN, M. (2009): *Immigration and Social Security in Spain*, FEDEA Documento de Trabajo 2009-26, Madrid.

GUINEA, D. y MORENO FUENTES, F.J. (2009): «Salud, sanidad y exclusión social en España», en Arriba, A. (coord.) *Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social*, FOESSA, Madrid.

LAPARRA, M. y MARTINEZ DE LIZARRONDO, A. (2008): «Las políticas de integración social en España», en Izquierdo, A. (comp.) *Inmigración y exclusión social*, Madrid: Fundación FOESSA.

MARÍ-KLOSE, P. y MARÍ-KLOSE, M. (2009): *Informe de la Inclusión social en España 2009*, Barcelona: Obra Social de Caixa Cataluña y CIIMU.

MARTINEZ DE LIZARRONDO, A. (2008): «Una mirada a los planes de integración de las Comunidades Autónomas», en CACHÓN, L. y LAPARRA, M. (comp.), *Inmigración y política social*, Barcelona: Bellatera.

MINISTERIO DE TRABAJO y ASUNTOS SOCIALES (2007): Plan Estratégico de Ciudadanía e Inmigración 2007-2010, Madrid: Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración.

MINISTERIO DE SANIDAD y POLÍTICAS SOCIALES (2011): *Informe anual 2010 del Sistema Integrado de Utilización de Servicios Sociales (SIUSS)*, Madrid: MSPS.

— (2010): *Informe anual de Rentas Mínimas de Inserción (RMI) 2009*, Madrid: MSPS.

MORENO, L. (2009): *Reformas de las políticas del bienestar en España*, Madrid: Siglo XXI.

MORENO FUENTES, F.J. y BRUQUETAS CALLEJO, M. (2011): *Inmigración y Estado de bienestar*. Barcelona: Colección de Estudios Sociales de la Fundación La Caixa.

OFICINA ECONÓMICA DEL PRESIDENTE (2006): *Inmigración y Economía Española: 1996-2006*, Madrid: Presidencia del Gobierno.

OLIVER, J. (2010): «El mercado de trabajo de la inmigración 2007-2010: los cambios 2009/2010 en el marco de la crisis», en AJA, E., ARANGO, J., y OLIVER ALONSO, J. (eds.), Inmigración y crisis económica. Impactos actuales y perspectivas de futuro, Barcelona: CIDOB.

OTERO, J.V. (Dir.) (2010): *Impacto de la inmigración en el sistema de protección social,* Madrid: Consejo Económico y Social.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2006): «La integración de los inmigrantes no comunitarios en el Estado de Bienestar», *Sistema* 190-191, 309-326.

Realidad y retos de la protección social en Euskadi

En este artículo se estudia la dimensión, cobertura, intensidad y riesgos sociales cubiertos por el sistema de protección social en Euskadi, así como sus fuentes de financiación. Se analiza la evolución en el periodo 1995-2008 y se compara con el de los países de la Unión Europea. Para terminar, se señalarán los retos a los que se enfrentan actualmente los sistemas de protección social en general y, en concreto, el de Euskadi: envejecimiento poblacional, crecimiento de la inmigración e incremento de los colectivos en riesgo de exclusión social y los cambios en el mercado de trabajo y en los modelos de convivencia, teniendo en cuenta, además, las tensiones presupuestarias derivadas de la recesión económica que se inició en 2008.

Artikulu honek Euskadiko babes sozialeko sistemaren dimentsioa, intentsitatea eta estalitako arrisku sozialak aztertzen ditu, baita dituen finantzaketa-iturriak ere. 1995etik 2008ra bitarteko bilakaera aztertzen du, eta Europar Batasuneko beste herrialde batzuetan gertatukoarekin alderatzen du. Oro har, babes sozialeko sistemen gaur egungo erronkak azpimarratzen ditu eta, zehazki, Euskadiko sistemenak: biztanleria-zahartzea, immigrazioaren hazkundea, gizarte-bazterkeriaren arriskuan dauden taldeen gehikuntza eta lan-merkatuan eta bizikidetza-ereduetan gertatu diren aldaketak. Horrez gain, 2008an hasi zen atzeraldi ekonomikoak aurrekontuetan ekarri dituen arazoak ere izan behar dira kontuan.

This article examines the scale, cover, intensity and social risks covered by the social protection system in the Basque Country, and its funding sources. The period from 1995 to 2008 is analysed and compared with the situation in other European Union countries. Finally, the challenges currently facing the social protection system in general and the Basque system in particular are listed: the ageing population, increased immigration and the growth in groups at risk of social exclusion, changes in the labour market and in household structures. The budgetary constraints resulting from the economic recession that started in 2008 are also considered.

Mª Luz de la Cal
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Índice

1. Introducción
2. La dimensión y características del sistema de protección social en el País Vasco
3. El gasto en protección social en Europa.
4. El sistema de garantía de rentas en el País Vasco
5. Conclusiones

Referencias bibliográficas

Palabras clave: protección social, pobreza, rentas mínimas, País Vasco.
Keywords: social protection, poverty, minimum income, Basque Country.

Nº de clasificación JEL: D63,H53, H77.

1. INTRODUCCIÓN

El primer objetivo de este trabajo es presentar de manera somera las características del sistema de protección social en el País Vasco, señalando sus principales partidas de ingreso y de gasto. Nos interesa además, analizar cuánto esfuerzo se realiza para cubrir las necesidades sociales, así como la intensidad protectora que se proporciona a la población, comparando nuestros niveles de esfuerzo e intensidad en protección social con los de los países de la Unión Europea (UE). Veremos por último el proceso de convergencia que se ha dado entre los países de la UE entre 1995 y 2008, en cuanto al esfuerzo realizado en protección social y en cuanto a la intensidad de esa protección.

El segundo objetivo es analizar si este sistema de protección social está adaptado para hacer frente a las nuevas situaciones de riesgo social que se han producido debido a los cambios demográficos y socioeconómicos ocurridos en los últimos 30 años. Nos referimos a tres de ellos: el envejecimiento poblacional, el aumento de inmigrantes poco integrados en la comunidad y la ampliación de colectivos de población en riesgo de pobreza y exclusión social, originada por los cambios del mercado

laboral como causa básica[1]. Dado que tratar estos tres problemas desbordaría los límites de este artículo, nos centraremos en el tercero de ellos: los riesgos de pobreza y exclusión social. Nos interesa estudiar si nuestro sistema de protección social contiene mecanismos para afrontarlos, es decir, si proporciona cobertura suficiente a las nuevas situaciones de riesgo social.

Se trata de situaciones que se han venido denominando nueva pobreza, vulnerabilidad o exclusión social y que van desde los episodios transitorios de desempleo y precariedad económica, hasta casos de pobreza crónica o persistente en los que a las dificultades económicas se les suman problemas en otras esferas como la residencial, la de la salud, la relacional o la cultural.

Nuestros sistemas de protección social, no están concebidos para llevar a cabo políticas integrales que aborden una acumulación de desventajas en diversos colectivos específicos de la población. A menudo, las actuaciones se limitan a proporcionar recursos monetarios con los que satisfacer las necesidades básicas. Los sistemas de garantía de rentas constituyen la principal respuesta a estas situaciones de pobreza, de vulnerabilidad y de exclusión social. Por tanto, nuestro objetivo es analizar hasta qué punto el sistema de garantía de rentas existente en el País Vasco proporciona protección a la población para evitar la pobreza y alcanzar ciertos niveles de bienestar considerados normales.

2. LA DIMENSIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL PAÍS VASCO

Tras la crisis de 1929 y la II Guerra Mundial toma cuerpo la preocupación por el bienestar social. Tal preocupación ya estaba presente y había tomado cuerpo en Alemania (Bismark y República de Weimar), pero el concepto de bienestar social adquiere pleno significado con la aplicación de las medidas políticas del llamado modelo de Estado de bienestar, adoptado por las naciones europeas occidentales y por los Estados Unidos de Roosvelt, que tiene por motivación central el bienestar de los ciudadanos. No quiere esto decir que el libre mercado deje de ser el mecanismo esencial de asignación de recursos, sino que ahora ocupa al Estado un doble cometido: el de regulador del mercado y el de agente redistribuidor. Podemos definir la protección social como el conjunto de instrumentos utilizados por el Estado con el objetivo de complementar o sustituir al mercado en áreas vitales para el ser humano: la salud, la vejez y el desempleo.

---

[1] Otros factores a destacar son los cambios en los modelos de convivencia (como la reducción del papel protector de la familia, el incremento del número de separaciones y divorcios y del número de personas que viven solas), el propio envejecimiento poblacional o la inadaptación de los sistemas de protección social ante estas nuevas situaciones y, en el caso de algunos países, el recorte de prestaciones y servicios públicos.

Un sistema de protección social se define como un conjunto específico de normas, que apoyadas por una o varias unidades institucionales, rigen el suministro de prestaciones sociales y su financiación. Según el Sistema Europeo e Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) se entiende por protección social toda intervención de entidades públicas o privadas destinadas a aliviar a los hogares o individuos de la carga de un número determinado de riesgos o necesidades, con tal de que dicha intervención no se realice en virtud de acuerdos individuales ni requiera una contrapartida equivalente simultánea por parte de los beneficiarios. Esta definición del SEEPROS da lugar a una clarificación de las funciones que debe incluir la protección social y que son las siguientes:

1. Enfermedad y atención sanitarias. Son aquellas actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de enfermedades.

2. Invalidez. Se trata de las prestaciones de mantenimiento de la renta y las ayudas en efectivo o en servicios relacionados con la atención de las personas con disminución de sus capacidades físicas o psíquicas.

3. Vejez. Son las prestaciones de jubilación y ayudas dinerarias o en servicios relacionados con la vejez.

4. Supervivencia. Se incluyen en esta categoría las prestaciones por viudedad y orfandad y las ayudas en efectivo o en servicios relacionados con la muerte de un miembro de la familia.

5. Familia e hijos. Comprende las prestaciones en efectivo o servicios de atención al embarazo, nacimiento, adopción y maternidad.

6. Desempleo. Fundamentalmente, el mantenimiento de una renta mínima para los desempleados y servicios relacionados con la situación de paro.

7. Vivienda. Incluye las fórmulas múltiples de provisión, regulación y financiación de la vivienda.

8. Exclusión social no clasificada en otros apartados. Comprende el mantenimiento de una renta básica y otros servicios relacionados con la lucha contra la exclusión social.

La Cuenta de Protección Social de la Comunidad Autónoma de Euskadi comprende:

- El sistema de Seguridad Social (SS). Lo conforman los distintos regímenes de la seguridad social, gestionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina y la Tesorería General de la Seguridad Social, así como por las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

- El Instituto Nacional de Empleo. Constituye por sí mismo una agrupación independiente que destaca por su importancia en la protección social de las situaciones de desempleo.
- Regímenes de Funcionarios Públicos. Se recogen los gastos e ingresos relativos a la provisión de protección social de los sujetos comprendidos en el Régimen Especial de Funcionarios Públicos. Esto incluye las denominadas prestaciones básicas o régimen de clases pasivas, y las correspondientes al mutualismo administrativo que son abonadas por las tres mutualidades de funcionarios vigentes, la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU).
- Otros Sistemas de Protección Social. Se constituye como un cajón de sastre que engloba la protección social dispensada por sistemas e instituciones heterogéneas. Los sistemas más importantes de entre los que agrupa son: el sistema sanitario público que abarca las actuaciones de las administraciones vascas en virtud de sus competencias en materia sanitaria; el sistema público de servicios sociales que engloba las responsabilidades de los distintos niveles de la administración pública vasca en materia de servicios sociales; la actuación de las entidades de previsión social voluntaria (EPSV); el Fondo de Garantía Salarial (FOGASA) y, por último la actuación de las Instituciones Privadas sin Fines de Lucro que actúan en el campo de los servicios sociales.

En cuanto a los organismos que regulan y gestionan la protección social, hay que señalar en primer lugar que el reparto competencial constitucional (arts. 148 y 159 de la CE) no contempla la noción de protección social como tal, aunque sí las de Seguridad Social (englobaría la SS como tal y el INEM), sanidad y asistencia social. De manera muy esquemática, podemos decir que la Seguridad Social es competencia exclusiva de la administración central del Estado, la asistencia social competencia exclusiva de las comunidades autónomas (CCAA) y la sanidad es una competencia compartida[2].

La legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social son competencia exclusiva del Estado. El desarrollo, la ejecución legislativa y la gestión del régimen económico de la SS son competencias compartidas entre el Estado y las CCAA. Entre las prestaciones económicas de la SS, las contributivas no han sido transferidas a las CCAA. El marco jurídico viene determinado por la normativa estatal y su gestión y pago corresponde a la SS. Son las pensiones contributivas y las prestaciones de desempleo (tanto la contributiva como la asistencial). Las prestaciones no contributivas, por ser consideradas asistencia social, han sido transferidas a las CCAA y, en

[2] Una explicación detallada de la distribución competencial en materia de protección social en España puede encontrarse en López (2010).

el caso del País Vasco, su reconocimiento, gestión y financiación corresponde a las diputaciones forales (cuadro nº 13).

La asistencia social se reserva como competencia exclusiva para las CCAA, entendida ésta como la asistencia social prestada en régimen público no contributivo y la referida a la rama de servicios sociales. En referencia a las prestaciones no contributivas, su regulación y financiación es diferente según se trate de pensiones de la SS o de prestaciones puestas en marcha por las CCAA. En el caso de Euskadi estas últimas prestaciones son las específicas para la lucha contra la pobreza (Renta de Garantía de Ingresos, Ayudas de Emergencia Social y Prestación Complementaria de Vivienda) y las ayudas para apoyo a las familias con hijos. En cuanto a la distribución de competencias, las pensiones no contributivas están reguladas por el Estado y financiadas por la SS, pero las gestionan las diputaciones forales[3]. En las pensiones asistenciales y pensiones LISMI mantiene cierta capacidad normativa el Gobierno vasco[4] y la responsabilidad financiera es de las Diputaciones. Por último, las prestaciones de lucha contra la pobreza y las ayudas a familias con hijos e hijas, están reguladas por el Gobierno Vasco (Ley 12/2008) y su gestión corresponde a las diputaciones forales (cuadro nº 13).

La legislación sobre productos farmacéuticos, la sanidad exterior, así como bases y la coordinación en materia de sanidad son competencia del Estado, mientras que la gestión de la asistencia sanitaria ha sido transferida a las CCAA.

En una perspectiva internacional, el sistema de protección social en el País Vasco se sitúa en el modelo de los países del sur de Europa, calificado como variante del modelo continental de la tipología de Esping-Andersen. Los modelos de bienestar de Esping-Andersen son tres: el socialdemócrata propio de los países nórdicos, caracterizado por la universalidad de las prestaciones; el continental de los países de Europa central en el que las prestaciones públicas están ligadas a la participación en el mercado laboral pero con un fuerte y creciente componente universalista; y el liberal, propio de los países anglosajones en el que el mercado es la institución principal proveedora de servicios y pensiones, y la protección social pública juega un papel residual en la provisión de bienestar.

---

[3] Desde enero de 2012 se gestiona por LANBIDE, organismo autónomo adscrito al departamento de empleo y asuntos sociales del Gobierno Vasco.

[4] Estas pensiones están extinguidas desde 1992, aunque las ya concedidas mantienen su vigencia. Están siendo sustituidas por las pensiones no contributivas. La competencia reguladora básica es estatal, aunque las CCAA dictaron normas complementarias.

2.1. **Ingresos de la protección social**

Los ingresos en el sistema de protección social vasco en 2008 ascendieron a 13.789 millones de euros. Estos ingresos sirvieron para financiar los gastos, que ascendieron a 13.322 millones de euros por lo que se generó un superávit.

Cuadro nº1. **FUENTES DE INGRESOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN EL PAÍS VASCO**

	1995		2008	
	miles euros	%	miles euros	%
Cotizaciones sociales a cargo de los empleadores	2.811.451	50,3	6.926.234	50,2
Cotizaciones sociales a cargo de los protegidos	1.032.707	18,5	2.203.427	15,9
Aportaciones de las AAPP	1.607.086	28,8	4.548.423	33,0
Otros ingresos	130.334	2,3	111.286	0,8
Total	5.581.578	100	13.789.370	100

Fuente: Cuenta de la protección social (Eustat).

Los ingresos suponen en torno al 20% del PIB tanto en 1995 como en 2008. Están por debajo de la media de la UE y solamente son superiores a los de algunos países recientemente incorporados.

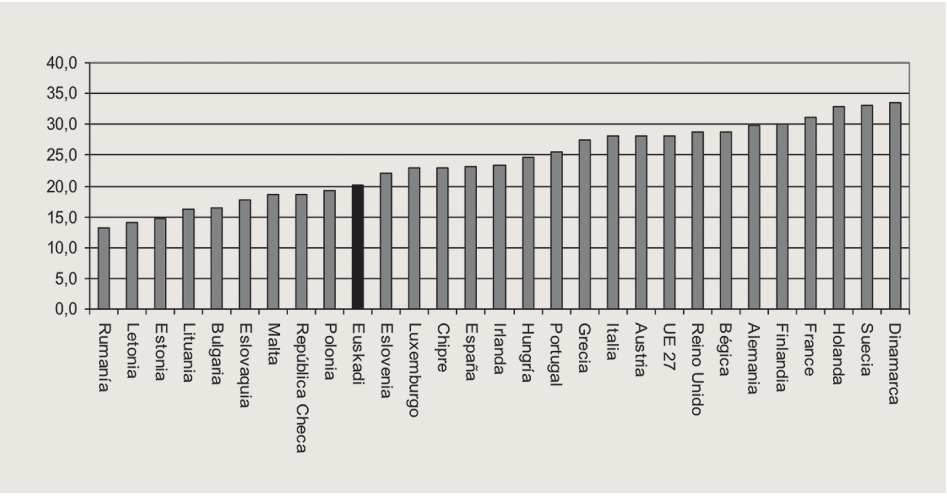
Las características del sistema de protección social español (y también del de Euskadi, ya que las CCAA no tienen competencia plena en estas materias) implican que la financiación sea diferente en los distintos grupos de sistemas. La Seguridad Social, el Servicio Público de Empleo Estatal (antes INEM) y los Regímenes de Funcionarios se nutren principalmente de las cotizaciones, mientras que el sistema sanitario y los otros sistemas de protección social (que son fundamentalmente los servicios sociales) se financian con las aportaciones de las AAPP, esto es, por vía presupuestaria.

Uno de los rasgos esenciales de la estructura financiera de nuestro modelo de protección social es el peso de las cotizaciones (ver cuadro nº 1). En efecto, si examinamos los ingresos de la protección social destaca que la mayor parte de ellos proceden de cotizaciones de los empleadores (aproximadamente el 50%), seguidos de los procedentes de las administraciones públicas (33%) y por último de las cotizaciones a cargo de las personas protegidas (16%). Los ingresos de la protección social en Euskadi se han incrementado en términos reales, es decir, en euros constantes[5], un 66% entre 1995 y 2008. En ese periodo las aportaciones de las AAPP han ganado peso y lo han perdido las cotizaciones de las personas protegidas, mientras que las de los empleadores han permanecido estables. La tendencia de que ganen peso la financiación pública o presupuestaria en la financiación de la protección social y lo pierdan la cotizaciones, se da

[5] Según datos del INE, entre diciembre de 1995 y diciembre de 2008 los precios crecieron un 48,8%.

también en otros países como Bélgica, Alemania, Grecia, Francia, Italia, Países Bajos y Portugal y de éstos, en casi todos los casos, se redujeron tanto las cotizaciones de las personas protegidas como las de los empleadores entre 1995 y 2008.

Gráfico nº 1. **INGRESOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN % DEL PIB (2008)**



Fuente: Cuenta de la Protección Social (Eustat) y Eurostat.

El origen de los fondos para la financiación de la protección social determina en parte los objetivos redistributivos perseguidos. Si el objetivo es dar más al que más lo necesita o dar prestaciones de igual cuantía a todo el mundo, entonces deberán utilizarse los fondos generales del presupuesto público. Se trataría de una filosofía universalista que puede ir aparejada de altos niveles de protección (caso de Dinamarca) o de niveles más modestos (Reino Unido e Irlanda). Este dinero habrá sido recaudado mediante impuestos relacionados (idealmente) con la capacidad económica de cada uno, pero no con lo que espera recibir del sistema de protección social. En cambio, si de lo que se trata es de hacer redistribuciones horizontales, es decir, de que el perceptor mantenga el mismo nivel relativo de renta que tenía cuando era activo o de sustituir unos ingresos perdidos, lo adecuado son las cotizaciones, que constituyen así un auténtico salario diferido. Cotizaciones mayores darían lugar a prestaciones más elevadas[6] (Gómez Uranga, 1995: 44-46). Esta segunda filosofía es

[6] En principio, esto se asemeja a un sistema de seguro privado, pero debemos diferenciar claramente los sistemas de seguro privado de los seguros sociales, ya que es muy diferente la filosofía en la que se inspiran. Mientras que los seguros privados se basan exclusivamente en el principio actuarial de adecuación, los sistemas de seguro social son un mecanismo de transferencia de renta entre generaciones coetáneas, por lo que los pagos de la población activa en cada momento sirven para financiar las pensiones de la población jubilada. Son por tanto un mecanismo de financiación a escala social por el que los activos transfieren parte de su renta a los pasivos.

la que predomina en la mayoría de los países de la UE y también en Euskadi y liga la protección social al pasado contributivo en la etapa laboral.

Cuadro nº 2. **INDICADORES DE INGRESO EN PROTECCIÓN SOCIAL POR PAÍS (2007)**

	Cotizaciones sociales			Aportaciones de AAPP	Otros ingresos	Total
	Empleadores A	Personas Protegidas B	A+B			
EU 27	38,5	20,0	58,5	38,0	3,5	100
Alemania	35,2	28,0	63,2	35,0	1,9	100
Austria	37,7	27,2	64,9	33,7	1,3	100
Bélgica	49,7	21,3	71,0	27,6	1,4	100
Bulgaria	38,9	19,0	57,9	40,4	1,6	100
Chipre	23,5	15,0	38,5	47,8	13,7	100
Dinamarca	11,5	20,9	32,4	61,9	5,7	100
Eslovaquia	44,2	21,0	65,2	26,8	8,0	100
Eslovenia	27,3	41,0	68,3	29,8	1,8	100
España	48,0	15,3	63,3	34,6	2,1	100
Estonia	81,1	0,4	81,5	18,4	0,1	100
Finlandia	37,9	11,8	49,7	43,2	7,1	100
Francia	44,1	21,2	65,3	31,4	3,3	100
Grecia	35,5	22,8	58,3	31,8	9,9	100
Holanda	32,8	32,6	65,4	21,7	12,9	100
Hungría	42,1	15,9	58,0	37,1	4,9	100
Irlanda	26,1	15,5	41,6	53,5	4,9	100
Italia	40,9	15,8	56,7	41,7	1,6	100
Letonia	48,7	17,2	65,9	33,6	0,4	100
Lituania	55,2	6,2	61,4	38,1	0,6	100
Luxemburgo	26,9	25,0	51,9	43,4	4,7	100
Malta	42,1	18,0	60,1	36,8	3,1	100
Polonia	27,0	22,1	49,1	32,7	18,2	100
Portugal	31,2	15,2	46,4	43,9	9,7	100
Reino Unido	35,8	10,0	45,8	52,7	1,5	100
Rep. Checa	52,3	25,9	78,2	20,7	1,1	100
Rumania	40,6	14,6	55,2	19,1	25,7	100
Suecia	40,3	9,5	49,8	47,3	2,9	100
Euskadi	51,5	16,0	67,5	31,4	1,1	100

Fuente: EUSTAT. Cuenta de la Protección Social (Eustat) y Eurostat.

Hasta 1989, los gastos totales de la Seguridad Social (prestaciones y asistencia sanitaria), se financiaban de forma conjunta e indistinta mediante cotizaciones y transferencias del Estado. Tras la separación de fuentes de financiación, las pensiones contributivas se financian mediante las cuotas de los cotizantes[7]; las pensiones no contributivas mediante impuestos; y la asistencia sanitaria, por ser universal y no limitarse sólo a los cotizantes, también se financia a cargo de los presupuestos generales del Estado.

La estructura de ingreso de protección social, en la que el mayor protagonismo corresponde a las cotizaciones es la más frecuente entre los países de la UE. Solamente en el caso de tres países, Dinamarca, Reino Unido e Irlanda, la mayor parte de los ingresos proceden de las AAPP. Igualmente, en la mayoría de los países de la UE las cotizaciones de los empleadores son porcentualmente más importantes que las de las personas protegidas, convirtiéndose así en su fuente más importante de ingresos de la protección social. Es el caso de Bélgica, Eslovaquia, Estonia, Francia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, República Checa, Reino Unido, España y Euskadi. Las únicas excepciones son Dinamarca y Eslovenia, donde las cotizaciones de las personas protegidas son porcentualmente más significativas que las de los empleadores y Holanda, Luxemburgo y Polonia, países en los que estas dos fuentes de ingresos tienen un peso parecido. También hay un grupo de países (Alemania, Austria, Bulgaria, Eslovenia, Grecia, Italia) en los que las cotizaciones de empleadores tienen tanto peso como las aportaciones procedentes de las AAPP (cuadro nº2).

El debate en torno a las cotizaciones a la SS se ha centrado en lo que suponen como coste del factor trabajo. Este debate se ha abierto, sobre todo, en países en los que éstas ocupan un lugar importante en la financiación de la protección social y, sobre todo, cuando se trata de economías con un nivel competitivo medio-bajo a escala internacional y niveles de productividad modestos, en las que la contención de los costes laborales se plantea como estrategia de relanzamiento de la competitividad. Desde esta perspectiva, unas cotizaciones sociales elevadas frenarían la creación de empleo.

Pero, además de las cotizaciones sociales, deben ser considerados los demás impuestos que soporta el factor trabajo. El concepto de cuña fiscal (*tax wedge*) se presenta como el porcentaje que representan los impuestos directos sobre las rentas salariales y las cotizaciones sociales sobre el total de costes laborales. Nos indica la carga fiscal que soporta el trabajo y se expresa en porcentaje de los costes laborales. La idea de cuña se refiere a la diferencia entre lo que los trabajadores devengan en sueldo neto y el coste de emplearlos. En general, se espera que a mayor cuña fiscal mayor será el efecto negativo sobre el mercado laboral.

---

[7] Los complementos de mínimos de las pensiones contributivas se financian en parte con cotizaciones y en parte con impuestos. El planteamiento del Pacto de Toledo es que a largo plazo se financien exclusivamente con impuestos.

Según la OCDE, en España la cuña fiscal fue en 2011 de casi el 40% para un trabajador sin hijos que ganara el sueldo medio[8] (cuadro nº 3).

Cuadro nº 3. **CUÑA FISCAL, TIPO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA Y COTIZACIONES SOCIALES DE EMPLEADOS Y EMPLEADORES COMO PORCENTAJE DE LOS COSTES LABORALES EN PAÍSES DE LA OCDE (2011)**

País	Cuña fiscal total	Impuesto sobre la renta	Cotizaciones a la SS	
			Empleados	Empleadores
Bélgica	55,5	21,7	10,8	23,1
Alemania	49,8	15,9	17,4	16,5
Hungría	49,4	13,6	13,6	22,2
Francia	49,4	10,0	9,6	29,7
Austria	48,4	11,9	14,0	22,6
Italia	47,6	16,1	7,2	24,3
Suecia	42,8	13,6	5,3	23,9
Finlandia	42,7	18,5	5,8	18,4
Eslovenia	42,6	9,7	19,0	13,9
Rep. Checa	42,5	8,9	8,2	25,4
Estonia	40,1	12,5	2,1	25,6
España	39,9	12,0	4,9	23,0
Portugal	39,0	10,9	8,9	19,2
Eslovaquia	38,9	7,5	10,6	20,8
Dinamarca	38,7	28,0	10,7	0,0
Países Bajos	37,8	14,5	14,0	9,2
Turquía	37,7	10,7	12,9	14,2
Noruega	37,5	19,0	6,9	11,6
Luxemburgo	36,0	13,3	11,7	11,0
Polonia	34,3	5,9	15,5	12,9
Islandia	34,0	25,6	0,5	8,0
Reino Unido	32,5	14,1	8,5	9,9
Canadá	30,8	13,9	6,5	10,5
Japón	30,8	6,6	11,7	12,4
EEUU	29,5	15,7	5,2	8,7
Irlanda	26,8	13,5	3,6	9,7
Australia	26,7	21,0	0,0	5,6
Suiza	21,0	9,4	5,8	5,8
Corea	20,3	3,9	7,3	9,2
Israel	19,8	8,0	7,4	4,5
Méjico	16,2	4,4	1,2	10,5
Nueva Zelanda	15,9	15,9	0,0	0,0
Chile	7,0	0,0	7,0	0,0

Fuente: OCDE.

[8] Dado que las cotizaciones sociales son comunes para toda España y que apenas hay diferencias en el tipo medio del impuesto sobre la renta entre el País Vasco y España, tomaremos como indicador el dato de España para la cuña fiscal.

Se trata de una carga fiscal importante, sobre todo si la comparamos con la que soportan otros factores de producción y otras fuentes de renta. Algunos trabajos empíricos han relacionado lo elevado de la cuña fiscal en algunos países con la persistencia de elevadas tasas de desempleo, recomendando en base a ello una reducción de las cotizaciones sociales para activar la creación de puestos de trabajo[9]. Recientemente la Comisión Europea[10] ha propuesto la reducción de las cotizaciones sociales de los empleadores y su sustitución por el IVA u otros impuestos indirectos (como pueden ser los ambientales) con el objetivo de fortalecer la demanda de trabajadores por parte de las empresas (Comisión Europea, 2011).

La ventaja de un sistema en el que las prestaciones sociales están financiadas mediante impuestos frente a uno en el que se financian mediante cotizaciones es que el primero podría ser socialmente más justo, ya que los impuestos no nacen con «nombre propio» como las cotizaciones, no generan ningún derecho personal para el contribuyente. Podría considerarse un paso hacia la universalización de los sistemas de protección social, pero hay que considerar que estos efectos positivos se darían solo en el caso de que el sistema impositivo estuviera basado en la imposición directa y progresiva. Sin embargo, en el caso de que el sistema se asiente más en la imposición indirecta, la medida puede conducir a una menor redistribución vertical de la renta, ya que los impuestos indirectos pueden resultar regresivos[11].

Con respecto a los efectos sobre la creación de empleo, hay que considerar que podrían ser modestos, dado lo poco eficaces que han resultado las políticas de fomento del empleo en España en base a las exenciones y bonificaciones de las cargas sociales a las empresas. Por otro lado, los estudios empíricos a los que hacíamos antes referencia, señalan que los efectos de las variaciones en la cuña fiscal sobre la tasa de desempleo no son iguales en todos los países. Dependerán de cómo sean las instituciones del mercado de trabajo (la negociación colectiva), del grado de eficiencia del sector público y de la competencia existente en el mercado de bienes. Además, dado que las cotizaciones sociales forman parte de la masa salarial, su reducción equivale a un abaratamiento del coste del factor trabajo, lo cual, como estrategia para mejorar la competitividad, no deja de ser cuestionable para países con niveles de desarrollo medios o altos. Habría que señalar también los posibles efectos negativos sobre la tasa de inflación que podría originar una eventual subida del IVA. Por

---

[9] En García Martínez (2009) se recogen los resultados de diversas investigaciones sobre esta cuestión.

[10] Se refiere sobre todo a los países con altas cuñas fiscales, como Alemania, Bélgica, Francia, Italia y Austria. Indica que la medida tendría un impacto limitado a largo plazo si se aplica a todos los grupos del mercado de trabajo. En concreto, habría que aplicarla solamente a aquellos grupos que presentan tasas de desempleo más elevadas y cuya oferta de trabajo es más elástica ante cambios en las remuneraciones, como son los trabajadores poco cualificados.

[11] Todos los impuestos indirectos, pero fundamentalmente el IVA, pueden resultar regresivos, puesto que inciden directamente en el gasto en consumo y como es sabido a medida que desciende el nivel de renta la propensión a consumir es mayor.

último, hay que considerar que una sustitución de cotizaciones sociales por impuestos indirectos podría reducir la recaudación, lo que originaría una pérdida de recursos para la financiación de la protección social[12].

Hay que destacar que, en buena parte de los países de la UE, la cuña fiscal es similar a la española o superior (sólo es significativamente más baja en Reino Unido e Irlanda). Fuera del ámbito de la UE, países como Canadá, EEUU, Australia, Israel, México, Suiza, Corea, Nueva Zelanda y Chile tienen cuñas fiscales relativamente reducidas (cuadro nº 3). En buena parte de estos países en los que el trabajo está menos gravado, coincide también que los servicios públicos existentes en ámbitos como la sanidad y la educación están menos desarrollados. Esto supone que los trabajadores tienen que costearse estos servicios con sus salarios, así que necesitarán salarios netos más elevados. Nos encontramos entonces con que el debate sobre la carga impositiva que lleva aparejado el factor trabajo será es asimismo un debate sobre el modelo de sociedad. Por un lado, un modelo en el que los riesgos se colectivizan; y por otro, uno en el que cada individuo se asegura y responsabiliza ante los riesgos.

2.2. **Gastos de la protección social**

Los gastos de protección social son definidos por el SEEPROS como el conjunto de gastos ocasionados por la cobertura de las cargas que resultan para los individuos por la existencia de determinados riesgos, contingencias o necesidades (asistencia sanitaria, enfermedad, incapacidad, vejez, supervivencia, familia, desempleo, vivienda y exclusión social) en la medida en que este gasto dé lugar a la intervención de un tercero y sin que por ello se dé contrapartida simultánea y equivalente del beneficiario. Dentro del gasto en protección social, las prestaciones sociales, tanto en efectivo como en especie, constituyen el núcleo de la estadística de protección social, por lo que nos vamos a referir exclusivamente a ellas.

El volumen de gasto en prestaciones sociales en Euskadi en 2008 alcanzó los 13.322 millones de euros. Con respecto a 1995, ha crecido un 138%, lo que en términos reales o constantes (teniendo en cuenta la variación habida en el nivel de precios) supone algo más del 60%. El gasto por habitante ascendía a 6.181€ en 2008 y entre 1995 y 2008 ha crecido un 56% en términos reales (cuadro nº 4).

El peso de las prestaciones sociales en el PIB descendió un punto porcentual entre 1995 y 2007 (cuadro nº 4). Entre 2007 y 2008, en cambio, experimentó un crecimiento de casi 1,2 puntos. Podemos decir entonces que si bien los niveles de esfuerzo se han reducido algo en el período de expansión económica, una vez iniciada la crisis han aumentado. El esfuerzo en prestaciones sociales aumenta fundamentalmente por la ralentización en el crecimiento del PIB, que pasa de tasas reales anuales

[12] Esto ocurrió en España 1995 cuando las cotizaciones sociales se redujeron en un punto porcentual y se aumentó el IVA también en un punto porcentual.

de aumento de entre el 3 y el 4% a una tasa crecimiento del 1,3% en 2008. Podemos decir que en la etapa de expansión económica el incremento de la riqueza no se ha traducido en un incremento paralelo del gasto en prestaciones sociales.

En los cuadros nº 4 y 5 se analizan la evolución de las diferentes prestaciones en Euskadi en el periodo 1995-2008. Si tenemos en cuenta el conjunto de prestaciones (tanto en dinero como en especie[13]), las más significativas son las de vejez (40%), seguidas de las de enfermedad (30%) y desempleo (7%). Sin embargo, son el resto de funciones las que han experimentado un incremento mayor si bien partían de cifras absolutas mucho menores (cuadro nº 5).

En el cuadro nº 4 observamos que destaca el gasto total realizado en vejez por cada persona mayor de 65 años, que supera los 12.000€ por habitante. En cuanto a la evolución, la partida de gasto en vejez ha crecido un 38% en términos reales y el gasto en vejez por cada persona mayor de 65 años ha aumentado de forma muy moderada (tan solo un 7% en términos reales entre 1995 y 2008), lo que tiene que ver con el crecimiento de la población mayor de 65 años.

Cuadro nº 4. **EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PRESTACIONES SOCIALES EN EUSKADI (1995-2008)**

	1995	2000	2005	2008	Variación real 1995-2008 (%)
Gasto total (miles euros)	5.575.205	7.362.435	10.650.989	13.322.545	60
Gasto por habitante	2.654	3.541	5.048	6.181	56
Gasto en porcentaje del PIB	19,3	17,7	18,6	19,6	
Gasto en la función enfermedad por habitante	734	1.043	1.529	1.895	73
Gasto en la función vejez por persona de 65 años o más	8.023	9.749	10.849	12.762	7
Gasto en la función desempleo por parado registrado	5.964	7.897	9.740	12.137	36
Gasto del Sistema de Seguridad Social por afiliado en alta laboral	4.231	4.926	6.135	7.117	13

Fuente: Cuenta de la Protección Social. Eustat.

[13] Las prestaciones de vejez, enfermedad e invalidez son en dinero y las de enfermedad en especie.

Cuadro nº 5. **DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN PRESTACIONES SOCIALES EN EUSKADI POR FUNCIÓN**

	1995		2008		Variación real 1995-2008 (%)
	Miles €	(%)	Miles €	(%)	
Gasto en prestaciones sociales	5.575.205	100	13.322.545	100	60
Enfermedad/Atención sanitaria	1.541.167	27,6	4.085.392	30,5	78
Invalidez	400.417	7,2	921.379	7,1	54
Vejez	2.503.434	44,9	5.169.660	39,5	38
Supervivientes	200.546	3,6	1.349.169	10,5	352
Familia/ Hijos	63.878	1,2	367.991	2,5	287
Desempleo	780.663	14,0	1.026.562	7,2	-11,6
Vivienda	12.160	0,2	56.831	0,3	214
Exclusión social	72.940	1,3	345.561	2,5	218

Fuente: Cuenta de la Protección Social. Eustat.

El gasto en prestaciones de enfermedad, que es otra de las grandes partidas, ha crecido un 78% en términos absolutos (cuadro nº 5) y un 73% en términos per cápita (cuadro nº 4).

El gasto en prestaciones por desempleo ha decrecido entre 1995 y 2008 en términos reales (cuadro nº 5), lo que no podía ser de otra manera, dados los descensos experimentados en el número de personas paradas hasta 2007. Sin embargo el gasto en la función de desempleo por cada parado registrado ha crecido un 36% debido al importante descenso en el número de parados durante el período estudiado (cuadro nº4).

El incremento del gasto en pensiones de supervivencia ha sido elevadísimo (352%), fundamentalmente debido al cambio de normativa que se produjo en 2001 y que mejoró la cuantía de las pensiones de viudedad[14] y debido también al importante aumento habido en las pensiones mínimas entre las cuales se encuentran muchas de las de supervivencia.

También han crecido de manera importante las prestaciones por familia e hijos, las de vivienda y las de exclusión social, lo que probablemente responda a los bajos niveles de protección que había en estas áreas al principio del período

[14] Aumentaron del 48 al 52% del salario base.

estudiado. No obstante observamos que en familia e hijos y en vivienda, el gasto dedicado sigue siendo muy reducido, mientras que en exclusión social se ha producido un aumento importante del esfuerzo realizado (sube hasta el 2,5 %), lo que está relacionado con la implantación de las Rentas Mínimas de Inserción durante los años 90. En Euskadi esta prestación periódica se denomina Renta de Garantía de Ingresos (RGI) y además de ella, existe otra prestación periódica, la Prestación Complementaria de Vivienda, y las Ayudas de Emergencia Social, que no son periódicas sino para necesidades puntuales. Este tema se desarrolla en el apartado 2.

Respecto a la evolución del gasto en prestaciones sociales según sistema de protección (ver cuadro nº 6) comprobamos que el principal organismo de protección social es la Seguridad Social, ya que su gasto supone casi el 52% del total (sin apenas variación entre 1995 y 2008), siendo su función más importante la de vejez. A continuación son los Otros sistemas de protección social los que realizan mayor gasto (en 2008 casi el 40% del total cuando en 1995 su peso era de un 35%), que aumenta principalmente por parte de la Administración pública vasca. En este caso, su función más importante es la de enfermedad y atención sanitaria.

Cuadro nº 6. **EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PRESTACIONES SOCIALES EN EUSKADI POR SISTEMA**

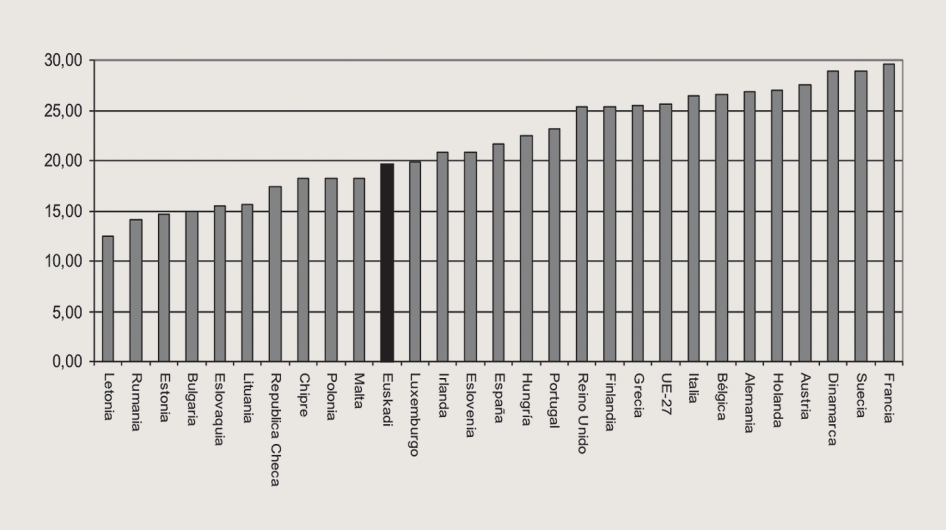
	1995	2008
Gasto en prestaciones sociales (miles euros)	5.575.205	13.322.545
Sistema de Seguridad Social	2.875.245	6.888.915
SPEE/INEM	589.983	817.755
Regímenes de Funcionarios Públicos	185.622	311.077
Otros Sistemas de Protección Social	1.924.355	5.304.798

Fuente: Cuenta de la Protección Social. Eustat.

3. EL GASTO EN PROTECCIÓN SOCIAL EN EUROPA

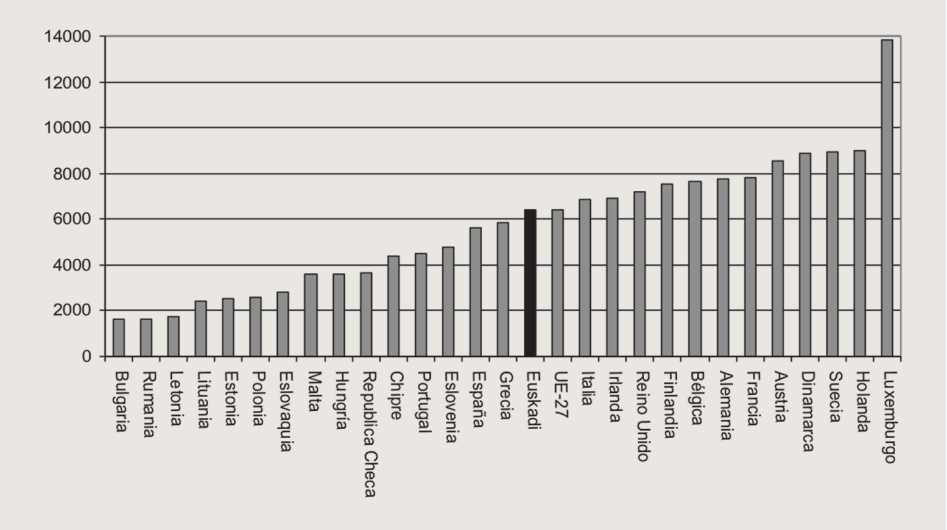
Si bien hacer una comparación homogénea del grado de protección social entre países es siempre difícil, pues aparte de las características socioeconómicas específicas de cada país deberíamos tener en cuenta aspectos de su entramado institucional y su política pública al respecto, ofreceremos distintos indicadores para valorar la verdadera cobertura del gasto en los países europeos.

Gráfico nº 2. **GASTO EN PRESTACIONES SOCIALES EN % DEL PIB. EU 27 (2008)**



Fuente: Cuenta de la Protección Social (Eustat) y Eurostat.

Gráfico nº 3. **GASTO EN PRESTACIONES SOCIALES EN € POR HABITANTE EN PPC. EU 27 (2008)[15]**



Fuente: Cuenta de la Protección Social (Eustat) y Eurostat.

[15] El dato de Euskadi es de 2007.

En primer lugar, en el gráfico nº 2 reflejamos para el año 2008 el nivel de *esfuerzo* en protección social, definido como el porcentaje de gasto en prestaciones sociales sobre el PIB, de los países que componen la UE 27. Comprobamos que Euskadi muestra un nivel inferior al del conjunto de la UE 27, por debajo de otros países del sur y solo por encima de países recién incorporados.

En el gráfico nº 3, también para los países de la UE 27 en 2008, reflejamos la *intensidad* en protección social, medida en prestaciones sociales por habitante en paridad de poder de compra (ppc). Aquí observamos que Euskadi mejora su posición, situándose casi al nivel de la media EU 27, pero muy por debajo de los países del norte de Europa.

Sin embargo, al igual que tratamos en el apartado anterior la evolución del gasto en Euskadi en 1995 a 2008, interesa ahora contrastar esta evolución con el resto de países europeos. En este caso tomamos como referencia la UE-15, ya que era la existente en 1995, y calculamos el esfuerzo en protección social, definido en este caso como el porcentaje de gasto en prestaciones por habitante (ppc) sobre la renta por habitante (ppc) de cada país (cuadro nº 9).

A la vista de los datos de las columnas 3 y 6, podemos decir que se ha dado un cierto proceso de convergencia ya que se reducen las diferencias entre los países que dedican más esfuerzo y los que dedican menos. Varios países que dedicaban menos porcentaje del PIB a las prestaciones sociales lo han aumentado y otros que dedicaban más lo han reducido.

En el caso de Euskadi, los niveles de esfuerzo entre 1995 y 2008 se han mantenido estables en un 19 %, mientras que la media europea es de un 26%. En cuanto a su posición relativa, empeora, puesto que algunos países que en 1995 estaban más abajo en el *ranking* (Irlanda, Portugal y Grecia), han incrementado el esfuerzo de forma considerable, mientras que en Euskadi se ha mantenido.

No obstante es interesante analizar por separado la evolución de cada uno de los componentes que han dado lugar a ese cociente (esfuerzo) en cada país. Por ello hemos calculado las columnas 7 y 8 que nos ofrece el incremento de cada componente en ese periodo. Comprobamos así que los países en los que se han incrementado más las prestaciones por habitante son Irlanda (157%), Grecia (147%), Portugal (116%) y Luxemburgo (111%), si bien con diferentes crecimientos del PIB per cápita 119%, 88%, 73%, y 113% respectivamente. En Euskadi el aumento en prestaciones ha sido también notable, el 107% (aunque en cifras absolutas sigue por debajo de la media de la UE 15), al igual que su crecimiento en PIB per cápita (109%) de ahí que mantenga el ya mencionado porcentaje del 19% en esfuerzo.

Una vez vistos los indicadores generales de esfuerzo e intensidad en protección social en el periodo 1995-2008 lo ideal es avanzar un peldaño más y conocer el número real de habitantes «necesitados» de prestación en cada país europeo y las cuan-

Cuadro nº 9. **GASTO EN PRESTACIONES SOCIALES POR HAB. (PPC) Y PIB POR HAB. (PPC). AÑOS 1995 Y 2008. EUROS**

	1995			2008			1995-2008	
	1	2	3	4	5	6	7	8
PAÍS	Prest.social por hab ppc	PIB per cápita ppc	Prest. social/PIB (%)	Prest.social por hab ppc	PIB per cápita ppc	Prest. social/ PIB (%)	▲Prest (%)	▲PIB (%)
Francia	4.873	17.000	29	7.818	26.700	29	60	57
Suecia	6.072	18.300	33	8.913	31.000	29	47	69
Dinamarca	5.983	19.300	31	8.883	31.100	29	48	61
Austria	5.526	19.700	28	8.553	31.100	28	55	58
Holanda	5.232	18.100	29	8.987	33.600	27	72	86
Alemania	5.144	18.900	27	7.770	29.000	27	51	53
Bélgica	4.883	18.900	26	7.656	28.900	26	57	53
Italia	4.121	17.800	23	6.877	26.100	26	67	47
UE-15	4.499	17.000	26	7.300	27.700	26	62	63
Grecia	2.370	12.300	19	5.864	23.100	25	147	88
Finlandia	4.825	15.800	31	7.519	29.800	25	56	89
Reino Unido	4.375	16.500	27	7.205	28.100	26	65	70
Portugal	2.092	11.300	19	4.512	19.500	23	116	73
España	2.810	13.400	21	5.598	25.900	22	99	93
Irlanda	2.697	15.200	18	6.941	33.300	21	157	119
Luxemburgo	6.542	32.700	20	13.834	69.700	20	111	113
EUSKADI	**3.106**	**16.000**	**19**	**6.417**	**33.500**	**19**	**107**	**109**

tías concretas que reciben. Este examen nos daría la verdadera medida del grado de cobertura en protección social y nos explicaría el porqué de la posición de cada país en el *ranking* de esfuerzo.

Aunque hay que admitir que no es fácil realizar ese análisis con la profundidad debida, sí es posible llevar a cabo una aproximación en el caso de algunas de las funciones más importantes manejando cifras del Eurostat y de Eustat.

Entre las prestaciones económicas, sobresalen las dedicadas a la fiunción de vejez (suponen casi el 40% del gasto total) tanto en el conjunto de la UE como en el País Vasco. La siguiente prestación en importancia es la relativa a la función de enfermedad y asistencia social –que viene a representar una media en la EU-27 de un 30% del total–. Sin embargo éste es un ámbito que debe ser objeto de estudio aparte, ya que se escapa a los objetivos de este artículo.

Respecto al resto de prestaciones económicas, tal y como observamos en los datos del Eustat del cuadro nº 10, en 2007 los porcentajes de gasto medio sobre el total (UE 27) eran: invalidez (8,1), familia (8,0), supervivientes (6,6), desempleo (7,2), vivienda (2,3) y exclusión social (1,3). Los datos de este cuadro pueden proporcionarnos unas primeras pistas sobre las divergencias del patrón de Euskadi respecto al patrón europeo. Así aparece que la función familia es la principal diferencia a la baja respecto la media de la UE 27. También se reflejan menores niveles de esfuerzo en vivienda e invalidez, mientras que las rúbricas de supervivientes, enfermedad, desempleo y exclusión social se sitúan por encima del estándar europeo.

No cabe duda de que detrás de esos patrones divergentes hay no sólo causas demográficas y socioeconómicas, sino también distintos sistemas institucionales de protección y alternativas de diseño de las políticas muy diferentes. Con ello se quiere señalar que no es posible derivar recomendaciones inmediatas de mejora de la protección sin un análisis más profundo.

Sin embargo, creemos que se pueden mencionar ciertas razones de tipo histórico e institucional comunes a los países del sur de Europa, incluyendo a Euskadi, que pueden explicar la raíz de sus diferentes niveles de esfuerzo e intensidad en la protección social respecto de los países del norte.

Primero, el considerable retraso con el que estos países se incorporaron a la construcción del Estado de bienestar y que tiene que ver con factores variados como su industrialización o modernización tardía, bloqueada por las dictaduras políticas; el sólido papel de las familias y de las instituciones religiosas en la provisión de asistencia; y una elevada fragmentación corporativa en el acceso a prestaciones (Rodríguez Cabrero, 2004:81). Posteriormente, y para el caso de España, se apunta también que el escaso desarrollo del Estado de Bienestar continuaría produciéndose por el importante dominio que las fuerzas conservadoras y liberales. Ello supondría el

Cuadro nº 10. **GASTO EN PRESTACIONES SOCIALES POR FUNCIONES Y PAÍS (% HORIZONTAL). 2007**

	TOTAL	Enfermedad	Invalidez	Vejez	Supervivientes	Familia/Hijos	Desempleo	Vivienda	Exclusión Social
Alemania	100.0	29.8	7.7	35.4	7.7	10.6	5.8	2.3	0.6
Austria	100.0	26.0	8.0	41.7	7.2	10.2	5.3	0.4	1.1
Bélgica	100.0	26.5	6.6	35.3	10.0	7.1	11.7	0.5	2.3
Bulgaria	100.0	27.1	8.3	46.8	4.6	8.6	2.0	0.0	2.5
Chipre	100.0	25.2	3.7	40.6	6.1	10.8	4.8	3.5	5.2
Dinamarca	100.0	23.0	15.0	38.1	0.0	13.1	5.6	2.5	2.6
Eslovaquia	100.0	30.8	8.5	38.3	5.5	10.0	3.6	:	3.3
Eslovenia	100.0	32.1	7.8	39.3	7.4	8.7	2.3	0.1	2.3
España	100.0	31.2	7.6	31.9	9.4	6.0	11.7	0.9	1.3
Estonia	100.0	33.4	9.3	43.0	0.8	11.6	1.2	0.2	0.6
Finlandia	100.0	26.3	12.6	35.0	3.5	11.6	7.8	1.0	2.2
Francia	100.0	29.9	6.1	38.7	6.6	8.5	6.1	2.6	1.6
Grecia	100.0	28.1	4.9	43.6	8.4	6.2	4.5	2.0	2.3
Holanda	100.0	32.5	9.1	35.0	5.2	6.0	4.3	1.4	6.4
Hungría	100.0	25.5	9.6	37.8	6.1	12.8	3.4	4.1	0.7
Irlanda	100.0	41.1	5.5	22.8	4.6	14.7	7.7	1.6	2.0
Italia	100.0	26.1	6.0	51.4	9.7	4.7	1.8	0.1	0.2
Letonia	100.0	29.7	7.0	44.9	1.9	11.0	3.3	1.2	1.1
Lituania	100.0	30.7	10.4	43.3	3.7	8.7	1.9	0.0	1.3
Luxemburgo	100.0	26.0	12.3	27.4	9.9	16.6	4.9	0.8	2.1
Malta	100.0	29.2	6.3	42.3	10.1	5.9	2.8	1.3	2.0
Polonia	100.0	22.1	9.6	49.1	11.1	4.5	2.2	0.5	0.9
Portugal	100.0	28.3	10.0	42.9	7.1	5.3	5.1	0.0	1.2
Reino unido	100.0	30.6	9.8	41.8	3.1	6.0	2.1	5.8	0.7
República Checa	100.0	33.9	8.1	39.7	4.2	9.2	3.5	0.3	1.1
Rumanía	100.0	23.8	10.0	43.2	4.1	13.2	2.2	:	3.5
Suecia	100.0	26.1	15.3	39.0	2.0	10.2	3.8	1.7	2.1
C. A. de Euskadi	**100.0**	**30.5**	**7.1**	**39.5**	**10.5**	**2.5**	**7.2**	**0.3**	**2.5**
EU 27	100.0	29.1	8.1	39.6	6.6	8.0	5.1	2.3	1.3

(:) No se dispone de datos.
Fuente: EUSTAT. Cuenta de la Protección Social y Eurostat.

predominio de políticas fiscales muy regresivas, con ingresos públicos muy bajos y que no permiten la financiación de un Estado de bienestar como el de los países más avanzados de Europa (Navarro, Torres y Garzón, 2011).

Segundo, el momento en el que estos países del sur se disponen a consolidar sus incipientes modelos de protección social, los años 80 del siglo pasado, coincide con la denominada crisis del Estado de bienestar. Esta crisis es consecuencia, en parte, de los límites del sistema fordista en una economía cada vez más globalizada (Rodríguez Cabrero, 2004:25). La crisis no supuso una reducción profunda de los derechos sociales ni un desmantelamiento radical del Estado de bienestar en los países más avanzados, pero va a tener importantes repercusiones. Por un lado, porque abre la puerta hacia una deslegitimación controlada del Estado de bienestar y hacia su remodelación en varios sentidos: privatización parcial, asistencialización y subordinación de la política social a la política económica. Por otro lado, porque va a limitar la respuesta dada a las nuevas necesidades sociales generadas por los riesgos de pobreza y exclusión social derivados del desempleo, las rupturas de las trayectorias laborales, el envejecimiento poblacional y los cambios en los modelos de convivencia. Las estructuras de bienestar no se adaptan para dar protección a estos nuevos riesgos y eso hace que la intensidad protectora descienda incluso aunque no haya recortes del Estado de bienestar.

Tercero, el hecho de que la protección social esté fuera del campo de las directivas comunitarias y que siga siendo una materia que se regula en cada estado, puede explicar que los pasos que se dan sean poco decididos. Ya desde el Tratado de Roma de 1957 se estableció el principio de subsidiariedad para la política social y ello se consolida en los últimos años con el Método Abierto de Coordinación (MAC). Se trata de un mecanismo que intenta hacer frente a los desafíos que plantea la economía globalizada (en materia de empleo, de protección social y de asistencia sanitaria) de forma coordinada entre los estados de la UE, pero respetando las diversidades nacionales. Con el MAC se trata de articular una nueva forma de gobernanza que no produce normas obligatorias jurídicamente, sino que sirve para establecer líneas, calendarios, indicadores, métodos de evaluación y para favorecer el intercambio de buenas prácticas. Intenta superar el bloqueo político e institucional en el que está la UE y tal vez sea el único método posible frente a la creciente complejidad de los países desarrollados y la actual dimensión y diversidad de la UE. Pero no podemos decir que se hayan dado pasos firmes en cuanto a la convergencia en protección social, ya que, como hemos visto anteriormente, las posiciones relativas de los estados en cuanto a esfuerzo e intensidad apenas han variado desde 2001. Quizás una de las razones del poco avance en estas materias sea también que el propio proceso de integración monetaria y fiscal y la consiguiente pérdida de soberanía en la elaboración de la política económica, lleve a los Estados miembros a tener posiciones más cerradas en las materias en las que mantienen competencias como es el caso de la política social.

En todo caso, la ampliación y mejora de los sistemas de protección social de los países del sur y de algunos de los recientemente incorporados a la UE, pasaría necesariamente por reforzar las fuentes de ingresos.

4. EL SISTEMA DE GARANTÍA DE RENTAS EN EL PAÍS VASCO

El objetivo de este epígrafe es analizar la protección que ofrece el sistema de garantía de rentas en la CAPV frente a los riesgos de pobreza y exclusión social. Nos interesa conocer a qué colectivos protege en mayor medida así como la intensidad con que les protege, es decir, si simplemente llega a suplir las carencias básicas o si permite a sus beneficiarios acceder a los modos de vida considerados normales en nuestra sociedad.

Nuestro punto de partida será describir en el plano teórico las problemáticas de las que estamos hablando. A continuación presentaremos la incidencia de las mismas en Euskadi, de la mano de la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS). Los umbrales de pobreza establecidos en la misma nos servirán para determinar la suficiencia o no de las prestaciones del sistema de garantía de rentas como mecanismo para que toda la población pueda tener cubiertas sus necesidades básicas o poder vivir de acuerdo con los estándares considerados normales en esta sociedad.

4.1. Introducción

Cuando se habla de la nueva pobreza o de la exclusión social en las sociedades desarrolladas, se hace referencia una serie de cambios en la composición de la población pobre y en los factores generadores de pobreza. Los estudios realizados hasta la década de los ochenta revelaban que la pobreza se daba sobre todo en el mundo rural (pequeños propietarios agrícolas, jornaleros y parados), entre los no activos (sobre todo pensionistas) y en las familias numerosas. Además, se concentraba en la población con menor nivel de estudios y en los municipios más pequeños. Las investigaciones realizadas posteriormente, detectan que la crisis socioeconómica se ha hecho presente y va dejando notar sus consecuencias en unas nuevas características de la pobreza. La falta de trabajo constituye un factor central en la aparición de situaciones de pobreza. Pero, además, la pobreza (no la severa o absoluta sino la moderada o relativa) ha entrado en el mismo mundo del trabajo: los empleos mal remunerados y los sumergidos sitúan a una parte significativa de la población por debajo de los umbrales de la pobreza. Así que se han incorporado al mundo de la pobreza algunos colectivos que no estaban en ella en el momento del crecimiento industrial.

De ninguna manera significa esto que las formas de pobreza tradicionales que ya existían antes de la crisis de los años 70 hayan desaparecido, aunque sea cierto que las tasas de pobreza de algunos de estos colectivos tradicionalmente pobres (como las personas mayores) se hayan reducido considerablemente. Podemos decir que la pobreza clásica y la nueva conviven hoy día en nuestras sociedades. En la categoría de nueva pobreza nos encontramos con situaciones muy diversas que irían desde episodios transitorios con dificultades económicas hasta casos graves de exclusión social donde a la penuria económica se unen la pérdida de lazos familiares, culturales y sociales, lo que dificulta gravemente la superación de la situación.

En los últimos 20 años se ha producido un importante avance en el marco conceptual y teórico para el estudio de la desventaja social puesto que se ha constatado la multidimensionalidad de la pobreza y el carácter acumulativo de las desventajas. El uso del término exclusión social se generaliza a fines de los años 80 y trata de distinguirlo de otros conceptos como pobreza y privación. Hay entonces un concepto tradicional de pobreza que se restringe a la falta de ingresos y un concepto más amplio de exclusión social que se refiere al mal funcionamiento de los sistemas sociales que garantizan la ciudadanía plena (Berghman, 1995:16-20).

La pobreza se identifica entonces con aspectos de distribución y, en cambio, la exclusión social hace referencia a aspectos relacionales, a la inadecuación de la participación social, a la falta de integración social, o de poder, o a la negación de los derechos sociales (Room, 1995). La exclusión social aparece, desde luego, conectada con la pobreza, pero con una concreta visión ideológica de ésta, que pretende trascender la interpretación en términos de patrimonio e ingresos y captarla como fenómeno global. No es simplemente pobreza económica, ni siquiera se refiere a la pobreza económica más extrema. Es una acumulación de barreras y límites que dejan fuera de la participación en la vida social mayoritaria a quienes la padecen. Estas limitaciones y barreras son de tipo muy diverso y no se reducen (aunque incluyen) a la carencia extrema de ingresos y recursos económicos.

Una característica común en los diversos enfoques y definiciones de exclusión social es su pluridimensionalidad, es decir, la consideración de las diversas dimensiones o esferas de la vida en las cuales participa o no la persona, lo que determina su integración o bien su exclusión social. Uno de los enfoques en los que se explicitan más detalladamente las dimensiones de la exclusión social es en el de Kronauer (citado en Starrin *et al.*, 2000:21-22), ya que señala hasta seis de ellas: la exclusión del mercado de trabajo, que ocurre cuando la entrada o el regreso al mercado laboral está permanentemente bloqueado; la exclusión económica que se da cuando la persona ha perdido su habilidad para mantenerse a sí misma o a su hogar a través del empleo estable; la exclusión cultural que ocurre cuando una persona no tiene la posibilidad de vivir de acuerdo con los modelos de comportamiento dominantes y socialmente aceptados; la exclusión a través del aislamiento social relativa a la envergadura y a la calidad de las relaciones sociales y puede tratarse de una reducción de

los contactos sociales o de la concentración de estos contactos en un círculo reducido de personas que están en la misma situación; la exclusión espacial referida a la distancia física entre los pobres y los otros estratos de la sociedad que debilita la red social y que reduce las oportunidades para afrontar los problemas (caso de determinados guetos de las áreas urbanas); y por último, la exclusión institucional que ocurre cuando los pobres y los parados están excluidos de los sistemas estables de sostenimiento de bienestar.

A pesar de todo lo dicho, en los enfoques para el estudio de la desventaja social hay un claro predominio, al menos como punto de partida, de la perspectiva económica. Se conceptúa la pobreza como insuficiencia de recursos económicos para satisfacer las necesidades consideradas básicas (pobreza grave) o para acceder a los modos de vida considerados normales en la sociedad de referencia (pobreza relativa o moderada). De ahí que también haya una fuerte orientación asistencialista en las políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social, intentando paliar la falta de recursos económicos con prestaciones.

Sirvan estas pocas líneas para mostrar la idea de que los sistemas de garantía de rentas constituyen una política esencial de lucha contra la pobreza, pero que es insuficiente para afrontar todas las carencias de tipo relacional, residencial, cultural, de salud, etc., que aquélla arrastre. Con todo, pensamos que constituyen una de las primeras barreras para frenar el incremento de los riesgos de exclusión social, puesto que en nuestras sociedades, aunque no todas, muchas necesidades se satisfacen mediante la capacidad de compra. Además, la existencia de dispositivos de garantía de rentas mínimas posibilita el acceso a recursos no estrictamente económicos como pueden ser las relaciones sociales.

4.2. **Incidencia de la pobreza en Euskadi**

Como decíamos anteriormente, el conocimiento de que hay una problemática social que va más allá de las carencias económicas no siempre se traduce en políticas coherentes con este planteamiento. Otro tanto puede decirse de la investigación empírica que se lleva a cabo para cuantificar la población en situación de dificultad. Así que a pesar de que se ha producido un importante avance en la conceptualización de la desventaja y de mencionarse su complejidad y multidimensionalidad, lo más frecuente suele ser contabilizar a la población que sufre carencias económicas o de recursos materiales. Es decir, lo que se mide es la pobreza y la privación.

Para aproximarnos a los niveles de pobreza existentes en Euskadi, la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS) constituye la fuente de datos más detallada. Se ha realizado en cinco ocasiones (1986, 1996, 2000, 2004 y 2008) por parte del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco y ofrece resultados muy detallados de la incidencia de la pobreza y la privación por colectivos, así

como de su evolución. En estas páginas nos referiremos fundamentalmente a la encuesta de 2008, que es la última realizada[16].

Hay que señalar que la metodología para el establecimiento de los umbrales de pobreza la EPDS considera tanto el dato objetivo de renta o ingreso, como la percepción subjetiva de la pobreza. Por otro lado, no sólo se estudia la carencia de renta, sino que también hay un epígrafe dedicado a detectar las privaciones, es decir, la insatisfacción de necesidades en diferentes áreas (alimentación, ocio, vivienda y sus instalaciones y equipamientos, riesgo de endeudamiento, impagos, etc.). Se trata por tanto de una metodología bastante rica y elaborada.

Se distingue entre dos tipos de pobreza:

La pobreza de mantenimiento hace referencia a una situación de insuficiencia de recursos económicos para hacer frente, en el corto plazo, a la cobertura de las necesidades básicas, particularmente las relacionadas con los gastos de alimentación, vivienda, vestido y calzado. La pobreza de mantenimiento puede tener dos grados:

- Riesgo de pobreza: se produce entre los hogares y personas que disponen, en un periodo de referencia dado, de ingresos inferiores a los umbrales señalados para hacer frente a estas necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda y calzado). Puede identificarse con pobreza severa o grave.
- Riesgo de ausencia de bienestar: se produce entre los hogares y personas que disponen en, un periodo de referencia dado, de ingresos inferiores a los umbrales señalados para acceder a los niveles mínimos de bienestar esperados en una sociedad concreta (participar mínimamente en el modo de vida, las costumbres y las actividades normales de nuestra sociedad). Puede identificarse con pobreza relativa o moderada.

La pobreza de acumulación se relaciona con la incapacidad de un hogar para acceder a los bienes de consumo duradero necesarios para mantener, en el largo plazo, un nivel de vida mínimamente adecuado. Se trataría de una pobreza crónica.

Como consecuencia de la combinación del enfoque económico con el subjetivo para el establecimiento de los umbrales de pobreza, tenemos diferentes umbrales según cuál sea la edad de la persona principal del hogar. Para el año 2008, que es el último en el que se realizó la encuesta, los umbrales fueron los que se indican en el cuadro nº 11. Con base en los datos de la última encuesta (2008) podemos decir que la pobreza severa tiene una incidencia muy baja en Euskadi (4,1%), pero no es tan

[16] Frente a la Encuesta de Condiciones de Vida, que se realiza para todo el Estado, la EPDS nos parece una referencia mejor para conocer de manera más ajustada los recursos que son necesarios en esta comunidad autónoma para evitar la pobreza y/o alcanzar el bienestar. La razón es que la ECV establece un umbral de pobreza en base a la renta mediana del Estado (el 60% en concreto), mientras que la EPDS fija los umbrales de pobreza en base a la renta mediana de Euskadi.

baja la ausencia de bienestar, que afecta a 313.215 personas, casi un 15% de la población (cuadro nº 12).

Cuadro nº 11. **UMBRALES DE POBREZA DE MANTENIMIENTO Y DE AUSENCIA DE BIENESTAR SEGÚN EL MÉTODO EPDS. EPDS 2008 (DATOS EN EUROS)**

	< 45 años		45-64 años		> 65 años	
Tamaño del hogar	Pobreza	Ausencia bienestar	Pobreza	Ausencia Bienestar	Pobreza	Ausencia bienestar
1 persona	947,24	1.231,41	792,75	1.187,90	560,07	786,19
2 personas	1.136,56	1.527,22	968,42	1.470,73	770,13	1.061,53
3 personas	1.264,39	1.732,19	1.088,71	1.666,44	927,85	1.265,36
4 personas	1.363,71	1.894,10	1.183,02	1.820,89	1.058,98	1.433,29
5 personas	1.446,09	2.030,03	1.261,76	1.950,49	1.173,33	1.578,76

Fuente: EPDS (2008).

Cuadro nº 12. **INDICADORES DE RIESGO DE POBREZA Y AUSENCIA DE BIENESTAR (MANTENIMIENTO). HOGARES Y POBLACIÓN EN VIVIENDAS FAMILIARES**

Indicadores	Hogares	Incidencia (en %)	Población	Incidencia (en %)
Pobreza	36.955	4,6	88.643	4,1
Ausencia de bienestar	141.605	17,8	313.215	14,6

Fuente: EPDS (2008).

4.3. **La protección proporcionada por la renta de garantía de ingresos (RGI)**

A continuación estudiaremos el sistema de garantía de rentas mínimas en Euskadi, especificando los tipos de prestaciones existentes, el número de personas beneficiarias, así como las cuantías medias. Pretendemos conocer la amplitud protectora de este sistema, tanto en cuanto a las situaciones de riesgo que cubre como en cuanto a los recursos proporcionados a la población beneficiaria. A tal efecto compararemos estas cuantías medias con los umbrales de pobreza fijados para Euskadi.

Dado que los umbrales de pobreza que tenemos son para el año 2008, procederemos a estudiar la cuantía de las diferentes prestaciones monetarias para protección social con que contamos en la CAPV para ese año[17], así como la población beneficiaria a la que proporcionaría cobertura.

Tal y como vemos en el cuadro nº 13 todas las prestaciones monetarias están financiadas por los sistemas de Seguridad Social y el servicio Público de Empleo de normativa estatal, a excepción de la RGI que está financiada y legislada por la Administración pública vasca.

Nos centraremos en las principales prestaciones monetarias, tanto en las de carácter contributivo, como en las asistenciales A las prestaciones de carácter contributivo se accede previo cumplimiento de los requisitos de alta y cotización a la Seguridad Social establecidos en la ley, mientras que para las asistenciales se requiere la demostración de falta de medios en el hogar y el cumplimiento de determinados requisitos relativos a edad o discapacidad.

La cuantía de las pensiones contributivas en Euskadi es bastante superior a la mínima y a la media del Estado. Las de jubilación e incapacidad alcanzan cuantías que permiten alcanzar una situación de bienestar si nos referimos a hogares encabezados por una persona mayor de 65 con otra a su cargo. Si se trata de personas menores de 65, con una pensión de este tipo se evitaría la pobreza pero no se alcanzaría el bienestar.

Las pensiones de viudedad, en muchos casos cobradas por ancianas solas, cubren justamente las necesidades esenciales, pero no alcanzarían para lograr niveles de bienestar normales en nuestra sociedad. Si se trata de mujeres no ancianas sin otras fuentes de renta, la cuantía sería insuficiente incluso para evitar la pobreza. Las pensiones de orfandad y favor familiar tienen cuantías muy reducidas como para que sus beneficiarios puedan vivir de manera autónoma, así que aunque se trate de personas que vivan en hogares en los que hay más fuentes de ingresos, no por ello puede hablarse de un nivel de protección adecuado.

Por tanto, podemos concluir que las prestaciones contributivas permiten evitar la pobreza, aunque no alcanzar niveles de bienestar medios en nuestra sociedad, con la excepción de las pensiones de jubilación que cobran personas mayores de 65 años.

---

[17] Podíamos haber tomado como referencia la cuantía de las prestaciones asistenciales en un año más cercano al actual, como el año 2011, pero no tenemos umbrales de pobreza de la EPDS para este año. Indexar los umbrales de 2008 en base al incremento de precios habido entre 2008 y 2011 no nos ha parecido buena solución, dado que estos umbrales están calculados teniendo en cuenta aspectos objetivos y subjetivos.

Cuadro nº 13. **EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA CAPV (2008)**

	Tipo		Cuantía mensual media €	Nº benef.
Prestaciones contributivas	Pensiones	Incapacidad permanente	1.033,4	44.400
		Jubilación	1.023,7	290.800
		Viudedad	628,4	128.500
		Orfandad	401,4	15.700
		Favor familiar		
	Prestación de desempleo		Hombres 876,3 Mujeres 729,4	47.156
Prestaciones asistenciales	Pensiones no contributivas	Invalidez	339,6	4.303
		Jubilación	309,8	5.330
	Pensiones asistenciales	Vejez	149,8	772
		Enfermedad		286
	Subsidios LISMI[2]	SGIM	149,8	603
		SATP	58,4	77
		SMGT	56,1	28
	Subsidio de desempleo[3]		1 carga familiar 413,5 2 cargas familiares 553,1 3 cargas familiares 687,5	16.265
	Renta Activa de Inserción		407,5	884
	Renta Garantía de Ingresos[4]		Pensionistas 660/750/810 No pensionistas 528/678/750	39.715[5]

[1] Trabajador de ingreso medio soltero individual sin hijos.

[2] Los subsidios LISMI pueden ser el Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos, el Subsidio de Ayuda a Tercera Persona y el Subsidio de Movilidad por Gastos de Transporte.

[3] Los subsidios de desempleo son del 80% del IPREM (516 €/mes en 2008) para parados mayores de 45 años con un familiar a su cargo, del 107% con dos familiares a su cargo y del 133% con 3 familiares a su cargo.

[4] La RGI en Euskadi se fija en función del SMI, que era de 600 €/mes en 2008. Si se trata de pensionistas, las cuantías son del 100%, el 125% y el 135% del SMI para hogares de 1, 2 y 3 ó más personas respectivamente (se complementa la pensión hasta alcanzar esas cuantías). Para los no pensionistas, las cuantías respectivas son del 88%, el 113% y el 125% respectivamente. La edad mínima para la percepción de la RGI es de 23 años.

[5] Unidades de convivencia. En 2007 tenían un tamaño medio de 2,56 personas.

Normativa y gestión estatal

Normativa estatal y gestión de las Diputaciones

Normativa del Gobierna Vasco y Gestión de las Diputaciones[18]

Fuente: Memorias Socioeconómicas del CES vasco 2008 y 2009.

[18] Desde enero de 2012 lo gestiona LANBIDE.

La prestación contributiva por desempleo no permite alcanzar situaciones de bienestar ni tan siquiera en hogares con una sola persona. Para el caso de los hombres, la cuantía de la prestación alcanza justo para cubrir las necesidades básicas, siempre y cuando no tengan personas a su cargo. Para el caso de las mujeres ni tan siquiera eso. Estas prestaciones son por tanto claramente insuficientes para hogares con menores a cargo y que solo tienen ese ingreso.

La protección que proporcionan las prestaciones asistenciales es muy escasa, ya que no permiten ni tan siquiera alcanzar los umbrales de pobreza. Esto es especialmente cierto en el caso de los subsidios LISMI (Ley de Integración Social de Minusválidos) y las pensiones asistenciales, cuyos importes son muy reducidos debido a que se trata de prestaciones a extinguir, por lo que las cobran muy pocas personas. Las pensiones no contributivas, aunque son más elevadas, igualmente no proporcionan ingresos suficientes para evitar la pobreza. En muchos casos, estas prestaciones las cobran personas que viven en hogares con alguna otra fuente de ingreso, con lo que evitan la pobreza. Con todo, hay que considerar que no podrían cubrir sus necesidades básicas de manera autónoma, por lo que deben ser considerados colectivos en situación de vulnerabilidad.

En cuanto al subsidio de desempleo y la renta activa de inserción, como se referencian al IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples), son más elevados, pero no tienen cuantía suficiente para alcanzar los umbrales de pobreza establecidos si son la única fuente de ingresos de la familia. La razón está en que las prestaciones establecidas en base al IPREM o al SMI (Salario Mínimo Interprofesional) fijado para el conjunto del Estado, tienen un grado de cobertura real bajo en las comunidades autónomas donde los niveles de renta y el coste de la vida son comparativamente más elevados[19].

Además de todo este conjunto de prestaciones contributivas y asistenciales dependientes de la Seguridad Social y del SPEE, las comunidades autónomas tienen sus programas de rentas mínimas. Estos programas se pusieron en marcha a finales de los años 80 con el objetivo de proporcionar protección a los colectivos con falta de recursos económicos pero que no tenían derecho a ninguna prestación o subsidio de los existentes en los sistemas de protección social tradicionales. Eran años en los que la pérdida de puestos de trabajo como consecuencia de la crisis generó bolsas de desempleo y pobreza importantísimas en territorios de fuerte base industrial, como Euskadi.

Estas rentas mínimas tienen un carácter subsidiario, es decir, que llenan el espacio que las pensiones contributivas y no contributivas y los subsidios y prestaciones

[19] En cualquier caso, hay que señalar que estas prestaciones también son insuficientes para alcanzar los umbrales de pobreza establecidos para el conjunto del Estado y en CCAA con niveles de renta y precios más bajos (Rodríguez Cabrero, 2009).

por desempleo no cubren. Su carácter es asistencial, así que exigen la demostración de falta real de recursos en el hogar.

Si bien en buena parte de las comunidades autónomas de España puede considerarse que las rentas mínimas tienen un papel residual puesto que el esfuerzo presupuestario que se realiza en ellas es escaso (Arriba y Pérez, 2007), en el País Vasco podemos hablar de un programa bien financiado y en el que sus potenciales beneficiarios gozan de garantías importantes, ya que se configura como derecho subjetivo de naturaleza económica para todas las personas que no dispongan de ingresos suficientes para hacer frente a las necesidades básicas[20].

La Renta de Garantía de Ingresos (RGI), está dirigida, tanto a personas en edad laboral como a pensionistas. Las cuantías establecidas para pensionistas son suficientes para evitar la pobreza si se trata de personas mayores de 65 años (100% del SMI para un hogar de una sola persona), pero insuficientes si se trata de personas más jóvenes (la RGI es el 88% del SMI para un hogar de una sola persona[21]).

Con todo, hay que señalar que las unidades convivenciales titulares de RGI pueden tener también derecho a la prestación complementaria de vivienda, que cubre gastos de alquiler de la vivienda o de alojamiento y/o a las Ayudas de Emergencia Social, que son prestaciones para necesidades puntuales[22]. Por ello, se puede decir que se trata de un conjunto de dispositivos que proporcionan unos niveles de protección muy superiores a los de las otras prestaciones asistenciales antes estudiadas.

Hay que señalar, además, que la RGI sirve también para complementar los ingresos de beneficiarios de cualquier tipo de pensión cuya cuantía no llegue a la de la RGI para ese tipo de hogar, así que está proporcionando protección a las personas perceptoras de pensiones de viudedad, asistenciales, no contributivas e incluso contributivas (la de jubilación mínima sin cónyuge a cargo). También complementa el subsidio de desempleo y la renta activa de inserción[23].

Podemos decir, por tanto, que el sistema de garantía de rentas de la CAPV proporcionaría recursos para alcanzar el bienestar cuando se trata de la parte contributiva y en el caso de prestaciones generadas por derecho propio (jubilación e invalidez), no en el caso de derechos derivados (supervivencia). El dispositivo asistencial dependiente del Estado es claramente insuficiente para evitar la pobreza, tanto si hablamos de pensiones como si hablamos de desempleo.

---

[20] Este programa fue implantado de forma pionera en Euskadi en 1989. Hoy día se regula a través de las leyes 18/2008 y 4/2011 de la Comunidad Autónoma Vasca.

[21] Datos de 2008.

[22] En este trabajo no nos referiremos a las AES por ser prestaciones no periódicas ni a la prestación complementaria de vivienda porque se creó en diciembre de 2008 (ley 18/2008).

[23] En todos estos casos siempre que se cumplan los requisitos establecidos para el cobro de la RGI y se haga la solicitud.

La prestación asistencial dependiente de la CAPV, la RGI, suple las insuficiencias del dispositivo estatal, complementando las rentas de pensionistas y además, proporcionando medios a colectivos en edad de trabajar sin recursos. La protección llega hasta el umbral de pobreza en el caso de pensionistas, pero no en el caso de personas capaces de trabajar, lo que parece estar vinculado con el objetivo de no desincentivar la búsqueda de empleo. En esta misma línea, el programa también permite que la persona beneficiaria trabaje y obtenga ingresos adicionales[24] y que haya un tránsito flexible entre prestaciones y ocupación.

Además de la eficacia del sistema de garantía de rentas en cuanto a situar a las personas en o por encima del umbral de pobreza, es necesario apuntar su capacidad para dar una respuesta coherente ante las situaciones de necesidad. En el sistema que estamos analizando, se establece una clara diferencia entre las personas que han generado derechos mediante la cotización y las que no lo han hecho, y también entre quienes son capaces de trabajar y quienes no lo son. Esta diferencia tiene que ver con las cuantías y con la condicionalidad o no de las prestaciones en función de la situación familiar. Se trata de un sistema muy fragmentado que se reserva las respuestas más débiles para los colectivos que han estado al margen del mercado laboral y que, poco a poco, está introduciendo requisitos referentes a la disposición para trabajar para quiénes están en edad y condiciones de hacerlo. Dada la distribución competencial existente, el escenario de un sistema de garantía de rentas más coherente en cuanto a su respuesta a las situaciones de falta de recursos económicos no parece cercano. Pero al menos, en Euskadi, el complemento hasta la cuantía de la RGI de cualquier prestación inferior a ésta, puede considerarse un paso en este sentido.

5. **CONCLUSIONES**

El sistema de protección social que existe en el País Vasco es eminentemente contributivo, es decir se financia fundamentalmente mediante las cotizaciones sociales, entre las que destacan las de los empleadores, que suponen la mitad de los ingresos. Esta es la estructura de financiación que predomina en los países de la UE. La reducción de las cotizaciones sociales y su sustitución por impuestos indirectos (fundamentalmente IVA) para reducir la carga fiscal que soporta el trabajo, se propone como vía para activar la creación de empleo, sobre todo en economías con alto nivel de paro y en las que las cotizaciones sociales tienen gran peso en la financiación de la protección social. Hay que considerar que los

[24] En este caso se denomina Renta Complementaria de Ingresos de Trabajo. Está dirigida a complementar el nivel de recursos de las unidades de convivencia que, aun disponiendo de ingresos procedentes del trabajo, cuentan con un nivel mensual de recursos computables inferior al importe de la RGI que pudiera corresponder en función del número de personas miembros de la unidad de convivencia, resultando insuficiente para hacer frente tanto a los gastos asociados a las necesidades básicas como a los gastos derivados de un proceso de inclusión social y/o de mejora de la situación laboral.

efectos de tal medida sobre el empleo pueden no ser importantes en determinadas economías y que puede tener un efecto negativo sobre los precios. Por último, conviene no perder la perspectiva de que la cuña fiscal en España no es de las más altas de la UE.

En cuanto al gasto en prestaciones sociales, supuso un 19,6% del PIB en 2008 y, como media, es de 6.181 euros por habitante. Se dedica fundamentalmente a las funciones de vejez y enfermedad/asistencia sanitaria, que absorben casi tres cuartas partes del gasto total. Con respecto a los países de la UE-27, el esfuerzo realizado es un 28% inferior a la media y está a gran distancia del de los países del norte que cuentan con los sistemas de protección social más desarrollados. La intensidad del gasto sí alcanza la media de la UE-27, pero de nuevo es muy inferior a la de los países mencionados[25].

La evolución habida entre 1995 y 2008 presenta claroscuros. Por un lado, el porcentaje del PIB dedicado a las prestaciones sociales apenas ha experimentado variación. Ello supone que en los años de crecimiento económico no se ha aumentado el esfuerzo dedicado a la protección social, así que las diferencias existentes con los países más avanzados de la UE apenas se reducen. Por otro lado, en cuanto al gasto por habitante, aunque presenta un aumento considerable, se sitúa muy por debajo del de los países del norte.

A nuestro juicio, los importantes niveles de crecimiento económico habidos entre 1995 y 2007 hubieran permitido dedicar más recursos a satisfacer las necesidades sociales y reducir el importante déficit existente en esta área con respecto a las economías más avanzadas. La actual debilidad de las economías junto con los problemas de financiación que aquejan a los sectores públicos de las economías de la UE, entre las que se encuentra la nuestra, dibujan un panorama preocupante en cuanto al mantenimiento de los sistemas de protección social en sus niveles actuales.

La recuperación de la senda de crecimiento junto con reformas fiscales de calado que incrementen los ingresos públicos hasta alcanzar niveles de presión fiscal similares a los de los países del norte, son requisitos indispensables para configurar un horizonte de mejora y desarrollo pleno de los sistemas de protección social en los países del sur.

Las transformaciones socioeconómicas y demográficas habidas en los últimos 30 años implican un aumento de las necesidades sociales. Se trata. en ocasiones. de situaciones complejas que requieren intervenciones más allá de la mera asistencia eco-

---

[25] Hay que tener en cuenta que nos estamos refiriendo al año 2008, en el que la crisis apenas había comenzado. Posteriormente, el esfuerzo en protección social ha crecido. Así, entre 2008 y 2009 el gasto en protección social ha pasado de 25,6% del PIB al 28,3% en la UE27 y en el caso de España del 21,6 al 24,5%.

nómica a colectivos vulnerables o excluidos. Sin embargo, nuestros sistemas de protección social están insuficientemente desarrollados para llevar a cabo actuaciones que afronten la multidimensionalidad de estas problemáticas. Alcanzan a actuar solo en algunas de las esferas, entre las que destaca la económica y lo hacen mediante los sistemas de garantía de rentas.

Tomando como referencia los umbrales de pobreza establecidos en la última EPDS, podemos decir que el sistema de garantía de rentas existente en Euskadi permite al menos obtener recursos suficientes para evitar la pobreza a mayores de 65 años. aunque no para alcanzar los niveles de bienestar considerados normales en este territorio. Con respecto a las personas en edad laboral, la cuantía establecida no permite alcanzar el umbral de pobreza.

Se trata de un dispositivo que contribuye a reducir la pobreza dado que permite a los hogares hacer frente a todos o a gran parte de los gastos básicos en cuanto a alimentación, vestido, calzado y vivienda. Proporciona niveles de protección aceptables si hablamos desde el punto de vista de la cobertura de las necesidades esenciales para las personas mayores. Para la población en edad laboral la cobertura es insuficiente incluso restringiéndonos a los gastos básicos del hogar. En ningún caso consigue que sus beneficiarios tengan recursos suficientes como para alcanzar el bienestar y participar en el modo de vida, las costumbres y las actividades normales de nuestra sociedad. Con todo, hay que señalar que el sistema de garantía de rentas tiene un importante impacto en la reducción de las tasas de ausencia de bienestar o pobreza relativa: la EPDS de 2008 calcula que el conjunto de las prestaciones sociales reducen esta tasa en un 60,1% en Euskadi.

La diferente cobertura proporcionada a las personas mayores y a las que están en edad laboral obedece, obviamente, al objetivo de garantizar ingresos sin que ello suponga un desincentivo para la actividad laboral remunerada lo cual es, desde luego, un aspecto a tener en cuenta a la hora de diseñar dispositivos de garantía de renta. Sin embargo, el hecho de que subsidios cuyas cuantías ni siquiera alcanzan para cubrir los gastos esenciales del hogar y mucho menos para alcanzar el bienestar puedan desincentivar la búsqueda de empleo, nos lleva a interrogarnos sobre los niveles salariales que pueden obtener determinados colectivos en el mercado de trabajo[26].

Las modificaciones habidas en los últimos años en los mercados laborales y a las que ya hacíamos referencia anteriormente, han limitado de manera muy importante el potencial inclusivo del empleo por su inestabilidad o su baja remune-

[26] Según el «Estudio de las personas receptoras de renta básica» realizado por el Departamento de Justicia, Empleo y SS del Gobierno Vasco en 2008 (los datos son de 2006), un 27% de las personas perceptoras trabajaba (entre los hombres un 23% y entre las mujeres un 28,9%), pero obtenía unos ingresos inferiores a los entonces establecidos para la renta básica, así que se les complementaba hasta esa cuantía.

ración, lo que afecta de manera especial a los colectivos de difícil empleabilidad, entre los que se encuentran las personas beneficiarias de la RGI. Desde esta perspectiva, responder de manera adecuada a las necesidades sociales requiere, además de tener unos dispositivos de protección social más desarrollados, impulsar políticas y reformas que conduzcan a un mercado de trabajo más inclusivo.

Volviendo a la cobertura proporcionada por el sistema de garantía de rentas en Euskadi, hay que señalar que la protección procede fundamentalmente de los dispositivos contributivos y dentro de los asistenciales, únicamente de la RGI. El resto de las prestaciones asistenciales no proporcionan a sus beneficiarios medios suficientes para alcanzar los umbrales de pobreza. Si la RGI no complementase estas prestaciones, nos encontraríamos con bolsas de pobreza más importantes y similares a las del conjunto del Estado. Los datos de la última EPDS nos indican que, como ya hemos dicho anteriormente, la reducción de las tasas de ausencia de bienestar debida a las transferencias sociales es del 60,1% para Euskadi, mientras que para el conjunto del estado solo llega al 48,7%. De esta reducción, una parte es debida a las pensiones de jubilación y supervivencia (el 44,2% en Euskadi y el 38,5% en España) y otra parte (15,9% y 10,3% respectivamente) al resto de prestaciones, entre las cuales es la RGI la que explica la diferencia entre Euskadi y el resto del Estado[27]. Podemos decir entonces que, la RGI, a pesar de las limitaciones en cuanto a los colectivos a los que protege y en cuanto a su importe[28], constituye una barrera vital para la lucha contra la pobreza en este territorio.

Recientemente se ha producido un endurecimiento en los requisitos para acceder a esta prestación y un recorte de su cuantía con el objetivo de garantizar su mantenimiento en una situación de reducción de los ingresos públicos. Asimismo, se pretende impulsar activación laboral de los beneficiarios de la misma. Es muy probable que estas medidas dejen sin cobertura a una parte de sus potenciales beneficiarios, con lo que se produciría un ascenso de la pobreza.

A nuestro juicio, es en las épocas de crisis y de escasez de empleos cuando las políticas de garantía de rentas deberían ser reforzadas, y no sólo por cuestiones de tipo social, sino también porque frenan el agudizamiento de la recesión y la destrucción de empleo, dado que las prestaciones tienen un efecto estabilizador de la demanda[29].

---

[27] En 2007, el importe medio de las rentas mínimas para un hogar de une sola persona era en el conjunto del Estado de 375,6 €/mes y en Euskadi era de 588,6 €/mes (Rodríguez Cabrero, 2009).

[28] Hay que señalar que la reducción de las tasas de ausencia de bienestar debida a las transferencias sociales en Euskadi aunque superior a la del conjunto del Estado (60,1% frente a 48,7%), está a una distancia importante de la de países como Alemania, Holanda, Francia o Suecia (alrededor del 70%).

[29] Un reciente estudio elaborado por el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco (2010) señala que la RGI ha contribuido a mantener 26.770 puestos de trabajo que, de lo contrario, se hubieran perdido por la crisis.

Por otro lado, la eficacia de las políticas de activación en su doble perspectiva de inserción laboral e inserción social depende de tres factores: de la continuidad de la prestación y cierta intensidad protectora de los programas, de la cualificación y el nivel de precariedad de las personas en paro y también del capital relacional con que cuentan las personas en situación de vulnerabilidad, factores todos ellos no siempre coincidentes (Rodríguez Cabrero, 2009). Desde esta perspectiva, la activación hacia el empleo de los beneficiarios de asistencia social, debería llevarse a cabo teniendo en cuenta que el colectivo es diverso y que no todas estas personas son efectivamente empleables.

Una parte de ellas son de muy difícil empleabilidad incluso a largo plazo, porque además de formación, les faltan habilidades sociales y culturales básicas. Precisan de programas de larga duración, en los que el acompañamiento sea constante. Aún así, su inserción en el mercado laboral ordinario es muy poco probable.

Otra parte de los beneficiarios, más bien beneficiarias porque la mayoría son mujeres, no están disponibles para el empleo porque en sus hogares realizan tareas de cuidado de personas dependientes. Precisarían formación y además, una mejora importante de los servicios públicos de cuidado para poder insertarse en el mercado laboral.

Otro conjunto de estas personas, dada la situación actual del los mercados laborales, solo pueden conseguir empleos inestables y/o de baja remuneración que les sirven para «ir tirando», pero difícilmente para salir definitivamente de los programas de asistencia.

Por último, para el grupo de personas empleables, es necesario dedicar más recursos a las políticas activas de empleo. El déficit de nuestra economía en este aspecto con respecto a los países del norte de Europa, es muy importante y además, es necesario también modificar la composición de estas políticas, dedicando menos recursos a incentivar la contratación y más a la formación, orientación, intermediación y creación directa de empleo.

Los dos primeros grupos formarían el colectivo de beneficiarios cronificados en el cobro de la RGI. Según el estudio anteriormente citado, alrededor de un 57% de ellos llevaba 3 ó más años percibiendo la prestación. Los dos últimos grupos (empleables) serían personas que cobraban la prestación desde hacía entre 1 y 2 años (37,7%) o bien que salían y entraban de la prestación (tan solo un 5%). De estas cifras cabría deducir que hay un grado de cronicidad importante, pero esta conclusión debe ser matizada porque del total de personas beneficiarias de la RGI, un tercio son jubiladas, pensionistas o amas de casa que ni se encuentran activas ni tienen visos de estarlo.

A nuestro juicio, dada la actual situación existente en el mercado laboral, la diversidad de situaciones de las personas beneficiarias de la RGI y el todavía escaso

desarrollo de las políticas activas de empleo, el impulso de la activación debe hacerse con cautela para no dejar desprotegidos a colectivos vulnerables. Una estrategia de activación que favorezca la integración social y la movilidad de la población excluida, debe buscar su empleabilidad a largo plazo, mejorando sus competencias, sus capacidades, su salud física y mental, su capacidad para establecer contactos sociales, sus sentimiento de pertenencia a la sociedad y su ciudadanía (EAPN, 2005). Esta sería la mejor manera de evitar la cronificación de colectivos en el cobro de prestaciones asistenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRIBA, A. y GUINEA, D. (2008): «Protección social, pobreza y exclusión social: el papel de los mecanismos de protección de rentas», en *VI Informe Foessa sobre exclusión y desarrollo social en España*. Fundación Foessa, pp. 325-346.

BERGHMAN, J. (1995): «Social exclusion in Europe: policy context and analytical framework» en Room, G. (ed.) *Beyond the threshold*. The Policy Press. University of Bristol.

BONNY, Y. y BOSCO, N. (2002): «Income support measures for the poor in European cities» en Saraceno, Ch. (ed.) *Social assistance dynamics in Europe. National and local poverty regimes*. The policy press, Bristol, pp. 81-126.

CES vasco (2007): *La protección social como elemento clave de la política social de la UE y de la CAPV*. Consejo Económico y Social Vasco.

CES vasco (2009): *Memoria socioeconómica de 2008 CAPV*. Consejo Económico y Social Vasco.

CES vasco (2010): *Memoria socioeconómica de 2009 CAPV*. Consejo Económico y Social Vasco.

COMISIÓN EUROPEA (2011) Tax reforms in EU member status 2011. Tax policy challenges for economic growth and fiscal sustainability. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/pdf/ee-2011-5_en.pdf

De LA FUENTE LAVÍN, M. (2006): *El sistema de pensiones en España. Evolución y perspectivas de futuro*. Comares.

EAPN-European Anti-Poverty Net (2005): «Criterios para una Buena activación». http://www.eapneuskadi.net.

GARCÍA MARTÍNEZ, J.R. (2009): «Imposición y protección social: efectos sobre el nivel de empleo en la OCDE». Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas. WP-EC 2009-10. http://www.ivie.es

GOBIERNO VASCO (2008): Estudio de las personas receptoras de renta básica. Departamento de Justicia, Empleo y SS.

GOBIERNO VASCO (2010): *Estudio comparado del impacto de las prestaciones de garantía de ingresos en el estado de bienestar en Euskadi y en España.* Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.

http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-nothome/es/contenidos/noticia/estudio_impacto_prestaciones/es_estudio/adjuntos/Informe%20impacto%20prestaciones.pdf

GOMEZ URANGA, M. (1995): *La protección social en Euskal Herria.* Fundación Manu Robles-Aranguiz.

LÓPEZ CUMBRE, L. (2010): «Protección social y comunidades autónomas». XXI Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y de la SS. Barcelona.

MORENO, L. y SERRANO, A. (2007): «Europeización del bienestar y activación», *Política y Sociedad*. Vol.44, nº2.

NAVARRO, V., TORRES, J. y GARZÓN, A. (2011: *Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar social en España.* ATTAC. http://www.rebelion.org/docs/138182.pdf

PÉREZ ERANSUS, B. (2005): *Políticas de activación y rentas mínimas*. Fundación Foessa, Madrid.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): *El Estado del bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Fundamentos.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2009): *Valoración de los programas de rentas mínimas en España*, Comisión Europea

www.peer-review-social-inclusion.eu/network-of.../2009.../spain-1-2009-es

ROOM, G. (1995): *Beyond the threshold*. The Policy Press. University of Bristol.

STARRIN, B., KALENDER-BLOMQVIST, M., FORSBERG, E. y RANTAKEISU, U. (2000): «International debate on social exclusion» en Kieselbach, T. (Ed.) *Youth unemployment and social exclusion. Comparison of six european countries.* Leske+Budrich. Opladen.

Patrones de gasto de las comunidades autónomas y su evolución durante la crisis (2007-2010): especial referencia a Euskadi y Navarra

El objetivo de este trabajo es analizar los cambios experimentados en los patrones de gasto entre los años 2007 y 2010, estableciendo una comparación con la Comunidad Foral Navarra y el resto de comunidades de régimen común. Se utilizan las técnicas estadísticas factoriales, lo que va a permitir alcanzar un conjunto de objetivos: 1) identificar tanto la diversidad de pautas presupuestarias de gasto autonómico como posibles patrones comunes; 2) determinar los cambios experimentados en dichos patrones de gasto como consecuencia de la crisis económica surgida en 2008; 3) segmentar el conjunto de CCAA en subgrupos atendiendo a sus políticas de gasto y 4) comparar las políticas de gasto de las comunidades forales entre sí, así como entre éstas y el resto de comunidades autónomas de régimen común; Para la consecución de estos objetivos, se han analizado los presupuestos de 2007 al ser los últimos con un superávit presupuestario, resultado de la última fase de expansión, y los de 2010 que han estado marcados por el signo de la recesión económica.

Lan honek 2007 eta 2010. urteen artean gastuen ereduetan egondako aldaketak aztertzen ditu, Nafarroako Foru Erkidegoarekin eta araubide komuneko gainerako erkidegoekin alderatuz. Teknika estatistiko faktorialak erabili dira, eta horrela zenbait helburu lortzeko aukera egon da: 1) gastu autonomikorako aurrekontuaren jarraibide aniztasuna zein egon litezkeen eredu komunak identifikatzea; 2) 2008an hasitako krisi ekonomikoaren ondorioz gastu-eredu horietan egindako aldaketak zehaztea; 3) autonomia-erkidegoak azpitaldeetan segmentatzea, dituzten gastu-politiken arabera, eta 4) foru-erkidegoen gastu-politikak konparatzea, baita horien eta araubide komuneko gainerako autonomia-erkidegoen artekoak ere. Helburu horiek lortzeko 2007ko aurrekontuak aztertu dira (aurrekontuan superabita izan zuten azkenak, azken hedapen-fasearen ondorioz), baita 2010ekoak ere (atzeraldi ekonomikoak eragindakoak).

The objective of this paper is to analyze the experienced changes in the public expenditure patterns of the Basque Country between 2007 and 2010 years, comparing them with both Navarre and the other Spanish Autonomic Communities. To do so, we will use factorial statistic techniques, in order to achieve the following goals: firstly, to identify common patterns in the Autonomic budgets as well as their differences; secondly, to determine the experienced changes in those budget patterns as a consequence of the crisis emerged by 2008; thirdly, to categorize the set of Autonomic Communities in subgroups according to their expenditure policies; and fourthly to compare the expenditure policies of the foral communities (Basque Country and Navarre), as well as between them and the common fiscal regime of the rest of Autonomic Communities. In order to make this analysis we have taken into account the 2007 budgets, the last ones with superavit (more than 2% of GDP) as a result of the last expansion phase, and those of 2010, clearly marked by the recession, even if they have shown some little clues of economic recovering.

Ana M. Ferrero Rodríguez[1]
Ixone Alonso Sanz
Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Índice

1. Introducción
2. Metodología e hipótesis
3. Caracterización del gasto público autonómico (2007-2010)
4. El gasto público vasco: una comparativa espacial y temporal (2007-2010)
5. Conclusiones

Anexo estadístico
Referencias bibliográficas

Palabras clave**:** gasto público vasco, gasto público autonómico, crisis económica, patrón presupuestario de gasto, técnicas estadísticas factoriales.

Keywords: basque public expenditure, autonomic public expenditure, economic crisis, budget expenditure pattern, factorial statistic techniques.

Nº de Clasificación JEL.: H61, H72

1. INTRODUCCIÓN

La economía mundial pretende remontar una crisis sin precedentes desde la Gran Depresión de 1930, no obstante, los informes realizados por diferentes medios y organizaciones no parecen ser muy optimistas al respecto (Levy, P.I., 2011, Guppy, D., 2011). La crisis comenzó a mediados de 2007 en el sector financiero de Estados Unidos y se fue agudizando hasta que en el otoño de 2008 quebraron importantes bancos de inversión americanos y europeos. En ese momento, para evitar el colapso del sistema financiero mundial, se hizo necesaria la acción concertada de las principales economías desarrolladas. A pesar de ello, la crisis terminó afectando también al sector real de la economía.

[1] Las autoras quieren agradecer la colaboración de la profesora Amaya Zárraga en la elaboración del modelo estadístico, así como los comentarios aportados por los evaluadores anónimos ya que han contribuido a la mejora de este texto.

El entorno económico nacional e internacional va a condicionar la evolución de la economía vasca que se verá afectada en su crecimiento futuro por el esfuerzo de la consolidación fiscal que también le corresponde realizar dentro del plan de austeridad en la que se han embarcado el conjunto de las administraciones públicas españolas.

Después de un retroceso sin precedentes de la economía vasca en 2009, -3,9%, que en España ha sido el -3,7% y en la Unión Europea del -4,2%, y de que en 2010 se haya producido una recuperación muy débil y que se anuncia muy larga, el propio activismo de la política fiscal ha desencadenado una crisis fiscal sin precedentes. La economía vasca se enfrenta a un proceso de ajuste en sus cuentas públicas pero de una intensidad manejable que además cuenta con la apreciable ventaja de un nivel de partida de la deuda viva casi simbólico antes de la crisis (Alberdi, 2010).

No es la crisis actual la única en la que se ha visto inmersa la economía vasca. La gran transformación de los últimos treinta años ha asistido a tres crisis económicas, tanto en términos de desarrollo como de modelo productivo (Alberdi, 2010). La situación de partida estuvo caracterizada por una fuerte crisis estructural y sus consecuencias sobre el tejido industrial y el empleo (García Crespo, 1987). El acceso a la autonomía no supuso un simple trasvase de medios de una administración a otra, sino que llevó a la creación de una nueva y completa administración general que, con la ayuda del Concierto Económico, implicó una fuerte expansión del sector público vasco, más importante incluso que la registrada en España, que fue de diez puntos en términos de PIB. En el periodo 1981-1987 el gasto público del Gobierno vasco experimentó un crecimiento medio del 13,86% (Alonso, 2009).

No cabe duda de que la influencia del sector público vasco en su economía «ha sido extraordinaria»; de hecho, «la recuperación industrial de mediados de los ochenta vino precedida de un crecimiento considerable de los servicios de no mercado –los que presta la Administración pública– y de un salto cualitativo importante en el capital público (el nivel real de inversión pública se duplicó con el Concierto económico)» (Alberdi, 1999).

No se trata sólo de la influencia del crecimiento del gasto público *per se* sino de que éste se dirigió conscientemente a favorecer la recuperación económica. Es decir, que el impacto económico no se redujo únicamente a la cantidad de fondos invertidos, con ser importante, sino que surgió un *nuevo actor político comprometido* con dicha reconversión industrial (Alonso, 2010).

Sea cual sea la etiología de una crisis el sector público tiene un papel que desempeñar en un triple nivel. Primero a través de la regulación, indispensable en una crisis de origen financiero; puede ser un catalizador de acuerdos voluntarios para lograr reformas de fondo de la economía, y puede actuar directamente a través de la

política presupuestaria[2], esto es, de los ingresos y gastos públicos (Valle y Navarro, 2009). Precisamente, en este último instrumento se centra el trabajo de investigación. Los presupuestos en términos de políticas de gasto revelan el comportamiento del sector público.

El objetivo de este trabajo es analizar los cambios experimentados en los patrones de gasto vasco entre los años 2007 y 2010, estableciendo una comparativa con la Comunidad Foral Navarra y el resto de comunidades de régimen común. Para reflejar las diferentes coyunturas se ha tomado el año 2007, último año de la fase de expansión, y 2010 ya que estos presupuestos han estado marcados bajo el signo de la recesión económica. El estudio se ha centrado en el gasto público vasco y navarro dado que son las dos únicas comunidades autónomas (CCAA en adelante) del Estado cuyo sistema de financiación es diferente, así como su sistema competencial y su modelo económico-productivo.

El estudio se ha subdividido en varios apartados. En el epígrafe dos se explica la metodología y las hipótesis de partida que han guiado la investigación. En el tercer apartado se lleva a cabo una caracterización del gasto público autonómico estableciendo una comparativa entre los años 2007 y 2010. Para ello, se utiliza la técnica multivariante de Componentes Principales (ACP) que permite describir y analizar conjuntamente la diversidad existente entre las CCAA, en función de sus políticas de gasto e identificar la estructura existente entre los datos. Para completar este epígrafe, y comprender mejor la realidad de las CCAA se procede a agruparlas en base a patrones presupuestarios similares, utilizando un análisis de clasificación automática. Una vez caracterizado el gasto autonómico en su conjunto, el cuarto epígrafe se centra en el comportamiento del gasto público vasco durante los años de estudio, estableciéndose comparaciones con la Comunidad Foral de Navarra y entre ambas comunidades forales y el resto de comunidades de régimen común. Para finalizar, se expondrán las principales conclusiones obtenidas del estudio.

2. METODOLOGÍA E HIPÓTESIS

Dado el objetivo principal de estudio, se han asumido las siguientes hipótesis que han guiado el diseño de la investigación:

1. Existe un patrón de gasto diferente para las comunidades de régimen foral (País Vasco y Navarra) respecto a las CCAA de régimen común.

[2] Para un estudio detallado sobre cuestiones relacionadas con la política presupuestaria véase (Argimón y otros, 1999; García Andrés, 2009; Hernández, 2010; Alesina, 2010; Caramés y Lago, 2002; Albi, González Páramo y Zubiri, 2010).

2. La CAPV y Navarra presentan patrones de gasto similares en sus partidas presupuestarias.

3. Se han producido cambios sustanciales en la estructura de *cluster* de las CCAA, como consecuencia de la crisis económica.

La metodología empleada en la investigación ha consistido en un conjunto de análisis estadísticos que permiten explotar adecuadamente la base de datos, conformada por las partidas presupuestarias de las 17 CCAA. Se han tomado las políticas de gasto de las CCAA en los años 2007 y 2010 en euros constantes per cápita (año base 2007)[3]. Los datos recogen, además de las cifras registradas por las CCAA, los importes resultantes de depurar las cuantías destinadas a la intermediación financiera local (IFL), las ayudas por la PAC (véase tabla A1) y cualquier otra partida en la que la comunidad actúa como mero intermediario de fondos, con el fin de presentar el peso real de cada política de acuerdo con el gasto autonómico.

En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco, dada su redistribución interna de competencias entre el Gobierno autonómico y las diputaciones forales (DDFF), se han incorporado a las cifras correspondientes a los presupuestos del Gobierno Vasco, las de las DDFF en *servicios sociales y promoción social, cultura, agricultura, e infraestructuras* (por ser las partidas con un mayor peso en dichos presupuestos). El ajuste se ha hecho con el fin de poder trabajar en nuestro análisis con cifras homogéneas.

Teniendo en cuenta que las CCAA tienen características muy diferentes relativas a superficie, población, organización administrativa, estructura económica, o estructura social entre otras variables, la distribución presupuestaria por principales partidas y CCAA en valores absolutos no son objeto de estudio singularizado, aunque permitirán matizar ciertos resultados. A pesar de la validez general del indicador de gasto per cápita también presenta algunas limitaciones[4].

A partir de los datos que conforman la base de datos se ha realizado un primer análisis estadístico descriptivo de las políticas de gasto de las 17 CCAA. A continuación, con el objeto de describir y analizar conjuntamente la diversidad existente entre las CCAA en función del comportamiento de sus políticas de gas-

---

[3] Los euros constantes per cápita se han obtenido a partir del deflactor de cada comunidad autónoma y su población (INE, 2007, 2010).

[4] En particular, el tamaño demográfico sigue pesando porque en las comunidades más pobladas (Andalucía, Madrid, Cataluña) se producen economías de escala de manera que cifras per cápita bajas, no implican necesariamente peor calidad de los servicios públicos. En segundo lugar, la población dispersa de algunas CCAA hace que el rendimiento de cada euro invertido tenga menor rentabilidad en la prestación de los servicios. En tercer lugar, el tamaño condiciona porque es necesario un umbral de costes fijos mínimos que todas las CCAA deben afrontar, independientemente de sus cifras de población (por ejemplo, la Presidencia de gobierno, el Parlamento autonómico, un mínimo de cargos de alta dirección, una administración tributaria, etc.).

to, e identificar la estructura existente en los datos, se ha realizado un análisis multivariante de la distribución de las diferentes partidas presupuestarias en las distintas CCAA. En concreto, se ha utilizado la técnica multivariante de Componentes Principales (ACP). Asimismo, para comprender mejor la realidad de las CCAA y poder agruparlas en base a patrones de comportamiento presupuestario similares, se completa el estudio con un análisis de clasificación automática. El estudio comparado en el tiempo permitirá identificar si la crisis ha variado dichos patrones.

3. CARACTERIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO AUTONÓMICO (2007-2010)

3.1. Análisis univariante

El análisis estadístico se inicia calculando la media del gasto para cada una de las partidas presupuestarias en el conjunto de las 17 CCAA (años 2007 y 2010), las desviaciones con respecto a la media, sus mínimos y máximos y el coeficiente de variación. Esto va a permitir detallar la mayor o menor homogeneidad en el patrón de gasto de las CCAA por partidas presupuestarias (Anexo estadístico: tabla A2).

La división de la desviación estándar entre la media, esto es, el *coeficiente de variación*, constituye un indicador de la dispersión de los datos, o lo que es lo mismo, de la mayor o menor homogeneidad del patrón de gasto autonómico de cada partida presupuestaria. La proporción media del coeficiente de variación es de 0,80. Esto permite clasificar las partidas en función de su mayor o menor homogeneidad de gasto. Así, las partidas cuya proporción oscila entre 0,50 y 1 puede considerarse dentro de un patrón medio de gasto; por otro lado, las partidas con valores inferiores a 0,50 presentan una homogeneidad muy acusada y las de valores superiores a 1 destacan por la gran heterogeneidad en los recursos destinados a dichas partidas. Hechas estas consideraciones se pueden reordenar las variables como expresa el cuadro nº 1.

En primer lugar, hay que destacar que tanto en el año 2007 como 2010 son las partidas de *sanidad* y *educación* las que encabezan ambos años ya que presentan una gran homogeneidad, con variaciones muy poco significativas entre CCAA. Esto responde a que constituyen dos de los pilares básicos del Estado de bienestar. Hay que tener en cuenta que sólo estas dos partidas presupuestarias en todas las CCAA suponen en torno al 50% de sus presupuestos.

Pueden identificarse otro grupo de partidas que destacan por su elevada similitud en el patrón de gasto en ambos años de estudio, *infraestructuras*, *alta dirección, cultura y servicios de carácter general*. Como factores explicativos de esta convergencia en el caso de infraestructura puede ser en cierta medida la acción del Fondo de Compensación Interterritorial (FCI).

Cuadro nº 1. **HOMOGENEIDAD EN EL PATRÓN DE GASTO AUTONÓMICO POR PARTIDAS: UNA COMPARATIVA (2007, 2010)**

	2007		2010	
Partidas presupuestarias	Coeficiente de variación	Grado de homogeneidad	Coeficiente de variación	Grado de homogeneidad
Sanidad	0,09	Muy alta	0,11	Muy alta
Educación	0,12		0,15	
Infraestructuras	0,40	Alta	0,36	Alta
Cultura	0,42		0,48	
Serv. sociales y promoción social	0,43		0,55	Media
Deuda pública	0,44		0,53	
Fomento del empleo	0,48		0,73	
Alta Dirección	0,48		0,45	Alta
Servicios carácter general	0,49		0,44	
Otras act. de carácter económico	0,56	Media (0,80)	0,71	Media (0,80)
Política exterior	0,72		0,70	
Comercio, turismo y pymes	0,73		0,76	
Administr. financiera y tributaria	0,73		0,94	
Agricultura, pesca y alimentación	0,84		0,88	
Investig., desarrollo e innovación	0,86		0,86	
Justicia	1,03		0,81	
Vivienda	1,04		1,16	Baja
Pensiones	1,52	Baja	1,52	
Industria y Energía	1,46		1,50	
Seguridad ciudadana	1,48		1,60	
Transferencias a otras AAPP	1,77		1,68	

Fuente: Elaboración propia a partir de los Presupuestos de las CCAA (2007, 2010).

Sin embargo, hay otras partidas que sí han modificado su grado de homogeneidad como queda reflejado en el cuadro nº 1 (cifras en negrita). Las políticas de gasto que han experimentado variaciones más importantes han sido *fomento del empleo* (+0,25), *justicia* (-0,22), *Administración Financiera y tributaria* (+0,21), *otras actividades de carácter económico* (+0,15) y *vivienda y servicios sociales y promoción social (+0,12). Deuda pública* en 2007 presentaba un alto grado de homogeneidad, lo que podría ser debido al marco regulador de la Ley General de Estabilidad Presupuestaria (LGEP) y del subsiguiente Pacto interno de estabilidad acordado entre la Administración Central (AC) y las CCAA. Sin embargo, en 2010 se encuentra en la frontera, entre un grado alto y medio, en relación con ese mismo indicador. El motivo es que todas las CCAA, a excepción del País Vasco, han incrementado de forma muy importante en el 2010 sus niveles de deuda con respecto a 2007, lo que ha provocado que se supere el límite establecido en el Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC).

A pesar de que *agricultura, pesca y alimentación* tiene un patrón relativamente homogéneo de gasto, la dispersión total de las cifras es muy acusada, siendo el valor máximo más de 80 veces el valor mínimo. Esto indica la importancia de tomar en consideración la estructura productiva de las CCAA (Anexo estadístico: tabla A3). Si bien la media expresa la importancia del sector agrícola en numerosas regiones españolas (Ramos, 2008), en otras se trata de un sector prácticamente residual, lo que explica tanto la media relativamente homogénea como una disparidad máxima en algunos casos puntuales.

En último lugar, presentan una gran heterogeneidad: *pensiones*, *industria y energía*, *seguridad ciudadana* y *transferencia a otras AAPP*.

3.2. **Análisis multifactorial de componentes principales**

Valores propios (2007, 2010)

El siguiente paso estadístico ha sido relacionar las partidas presupuestarias que definen a las CCAA de forma simultánea mediante un *análisis multivariante de Componentes Principales (ACP)* tanto para el año 2007 como 2010. En general, el objetivo de los análisis factoriales es suministrar, mediante un pequeño número de factores, el máximo de información contenida en un conjunto de variables relacionadas entre sí, eliminando los efectos marginales que perturban la percepción global de la información. De esta manera, se pueden obtener grupos de CCAA con características y comportamientos semejantes.

Existen varios métodos de análisis factorial adaptados a diferentes tablas de datos. Se ha optado por el ACP dado que permite estudiar una población de individuos descritos por variables cuantitativas. Por tanto, esta técnica se adecua bien al presente estudio donde intervienen múltiples individuos (CCAA) y variables cuantitativas (gasto presupuestado para financiar las distintas competencias asu-

midas por el sector público). Se trata de una técnica esencialmente descriptiva y la información contenida en la tabla de datos se presenta en forma resumida y a través de representaciones gráficas que permiten visualizar los resultados de una forma eficiente[5]. Inicialmente el método procesa una matriz de datos con la finalidad de formar la estructura e interrelaciones entre las características consideradas de los sujetos.

La metodología del ACP exige la definición de un conjunto de variables activas. Se han tomado las 21 partidas de gastos de los presupuestos y sólo se han excluido los gastos de gestión de la Seguridad social y los gastos en transporte por no ser relevantes para el estudio, por un lado, por su escasa cuantía y, por otro lado, porque sólo dos CCAA asignan cantidades a dichos conceptos.

Las variables que deben formar parte del análisis como activas es una elección importante que debe asumir dos condiciones. Por un lado, la homogeneidad, las variables deben corresponder a un mismo tema, y, por otro, la exhaustividad, esas variables deben describir de forma completa el tema que se trata, aspectos que cumple nuestra elección.

El siguiente paso es identificar los factores o componentes principales con mayor poder explicativo del conjunto (cuadro nº 2). El proceso de extracción de factores tiene como objetivo reducir la dimensión de la matriz de datos inicial, obteniendo los factores que explican en mayor grado las variaciones que se producen en dicha matriz. De esta búsqueda de relaciones entre las CCAA, surge una primera clasificación según tengan un comportamiento análogo en aquellas variables recogidas en cada eje factorial.

No todos los factores tienen la misma importancia, o lo que es igual, no explican el mismo porcentaje de la varianza o inercia, por lo que cada eje factorial está asociado a un valor propio. El cuadro nº 2 reúne los primeros valores propios, los porcentajes de inercia explicados por cada uno de los factores y los porcentajes acumulados.

Se han jerarquizado los valores propios de forma decreciente, apreciándose diferencias de inercia importantes entre el primer y el segundo valor tanto para el 2007 como 2010. En ambos años, el factor ampliamente dominante es el primero que ex-

---

[5] Dada la estructura de la tabla de datos otras técnicas también podrían ser aplicadas es el caso del análisis factorial múltiple (AFM). Sin embargo, esta última técnica proporcionaría un análisis de la nube media de CCAA caracterizada por los dos grupos de variables (partidas en 2007 y partidas en 2010) y una clasificación de las CCAA medias. Si se tiene en cuenta los periodos considerados en el estudio, 2007 representa el último año de expansión y 2010 un año ya en recesión, no ha parecido oportuno estudiar el análisis conjunto de ambas tablas de datos sino obtener la imagen de la estructura de gasto en cada uno de los momentos. En cualquier caso, se ha aplicado el AFM a la base de datos y los resultados muestran que no existen grandes diferencias en conjunto entre ambos momentos de tiempo, y las estructuras que reflejan los análisis separados son también bastante similares por lo que el AFM no proporciona una imagen muy distinta de la obtenida.

plica en torno al 32% de la inercia, y si se une el segundo, tercer y cuarto factor, entre los cuatro explican el 72,66% y 73,94% de la inercia en 2007 y 2010 respectivamente[6], lo que representa una tasa muy apropiada para este tipo de análisis.

Cuadro nº 2. **PANEL DE CONTROL DE VALORES PROPIOS (2007, 2010)**

	2007			2010		
Número	Valor propio	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Valor propio	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	6,6755	31,79	31,79	6,8519	32,63	32,63
2	3,6128	17,20	48,99	3,4346	16,36	48,98
3	2,8144	13,40	62,39	3,0588	14,57	63,55
4	2,1557	10,27	72,66	2,1825	10,39	73,94
5	1,5294	7,28	79,94	1,3649	6,50	80,44
6	1,2425	5,92	85,86	1,0296	4,90	85,34
7	0,8572	4,08	89,94	0,8353	3,98	89,32
8	0,6802	3,24	93,18	0,6096	2,90	92,23
9	0,4952	2,36	95,54	0,4694	2,24	94,46
10	0,3071	1,46	97,00	0,3588	1,71	96,17
11	0,2579	1,23	98,23	0,2945	1,40	97,57
12	0,1528	0,73	98,96	0,2153	1,03	98,60
13	0,1225	0,58	99,54	0,1256	0,60	99,19
14	0,0616	0,29	99,93	0,1222	0,58	99,78
15	0,0221	0,11	99,94	0,0424	0,20	99,98
16	0,0131	0,06	100,00	0,0045	0,02	100,00
17	0,0000	0,00	100,00	0,0000	0,00	100,00
18	0,0000	0,00	100,00	0,0000	0,00	100,00
19	0,0000	0,00	100,00	0,0000	0,00	100,00
20	0,0000	0,00	100,00	0,0000	0,00	100,00
21	0,0000	0,00	100,00	0,0000	0,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de PG CCAA (2007, 2010).

Año 2007. Análisis de resultados

Una vez conocidos los ejes y su poder explicativo de la variabilidad total, hay que observar cuál es la correlación de cada una de las partidas presupuestarias con respecto a dichos ejes (cuadro nº 3). Se han tenido en cuenta únicamente las correlaciones más significativas, superiores a 0,55.

[6] Por simplicidad se interpretarán únicamente los cuatro primeros ejes.

Cuadro nº 3. **CORRELACIÓN DE LAS PARTIDAS PRESUPUESTARIAS CON LOS EJES (2007, 2010)**

	2007				2010			
Variable	Eje 1	Eje 2	Eje 3	Eje 4	Eje 1	Eje 2	Eje 3	Eje 4
Justicia	-0,10	-0,81	0,29	-0,08	0,13	-0,37	0,79	-0,06
Seguridad ciudadana	-0,59	-0,51	0,51	0,04	0,49	0,08	0,69	-0,39
Política exterior	-0,75	-0,15	-0,03	0,16	0,88	0,02	0,07	0,09
Pensiones	-0,68	-0,17	-0,60	-0,23	0,06	-0,13	-0,59	-0,45
Servicios sociales y promoción social	-0,73	0,09	0,57	-0,06	0,27	0,85	0,36	-0,22
Fomento del empleo	0,04	0,74	0,03	-0,39	0,74	-0,48	-0,37	-0,01
Vivienda	-0,88	-0,07	-0,32	-0,13	0,87	-0,43	-0,15	-0,06
Sanidad	-0,50	0,45	0,40	-0,05	0,74	0,38	0,13	-0,02
Educación	-0,69	-0,06	0,48	-0,22	0,62	0,30	0,20	-0,49
Cultura	-0,72	0,30	-0,01	0,29	0,93	0,00	-0,11	0,03
Agricultura, pesca y alimentación	-0,06	0,66	-0,17	-0,32	0,12	0,41	-0,62	-0,30
Industria y energía	-0,82	-0,07	-0,46	-0,05	0,77	-0,55	-0,21	0,02
Comercio, turismo y PYMES	0,07	0,61	0,09	-0,58	0,22	0,46	-0,37	0,40
Infraestructuras	-0,45	0,38	0,58	-0,16	0,51	0,50	0,07	0,28
I+D	-0,92	-0,16	-0,11	-0,20	0,80	0,16	0,03	0,10
Otras actuaciones de carácter económico	0,17	-0,26	0,40	-0,62	0,08	0,52	-0,25	-0,57
Alta dirección	-0,33	0,46	0,01	0,11	0,52	0,34	-0,18	0,59
Servicios de carácter general	-0,54	0,13	0,32	0,52	0,54	0,01	0,58	0,06
Administración financiera y tributaria	-0,17	0,38	0,16	0,69	0,14	0,01	0,11	0,67
Transferencias a otras AAPP	-0,70	-0,33	-0,46	-0,27	0,64	-0,65	-0,18	-0,21
Deuda Pública	0,31	-0,50	0,43	-0,21	-0,32	-0,37	0,43	-0,04

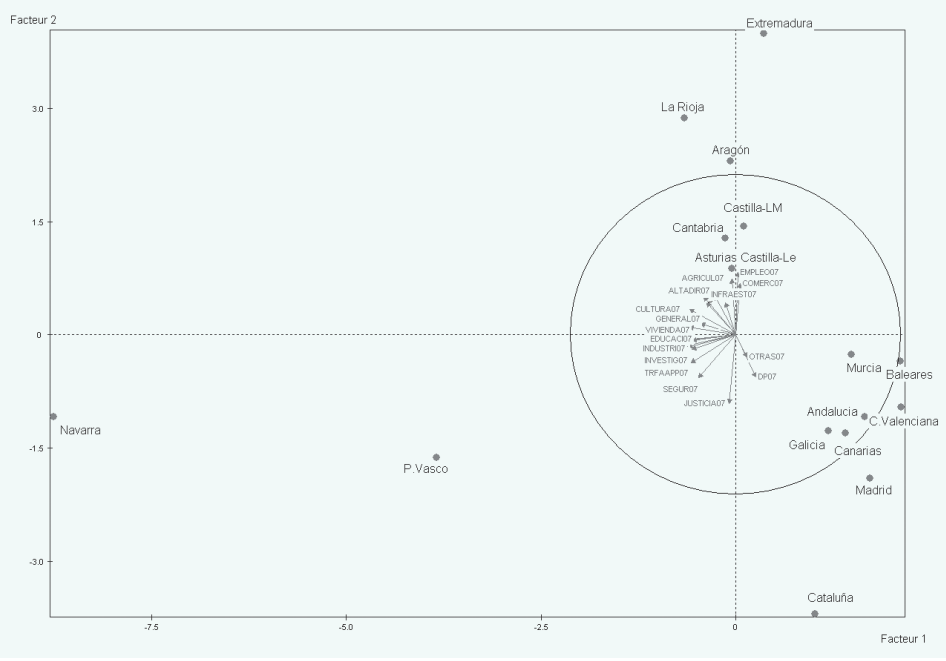
Nota: El signo no es relevante en la interpretación de los resultados dado que se trata de vectores.
Fuente: Elaboración propia a partir de PG CCAA (2007).

Se han seleccionado en rosa las partidas presupuestarias que presentan mayor correlación con cada eje para el año 2007 y el mapa factorial 1 sintetiza de forma gráfica la posición de las políticas de gasto y de las CCAA respecto a su gasto. Para las CCAA, el origen de los ejes representa el vector de medias de las partidas presupuestarias en el conjunto de las CCAA.

El primer eje, con un valor propio de 6,67, presenta un porcentaje de explicación del 31,79% y sus correlaciones más significativas son respecto a las políticas de *investigación, vivienda*, *industria y energía*, *política exterior, servicios sociales y promoción social, y cultura* (todas ellas superiores a 0,70), *transferencias a otras AAPP* (0,70), *educación* (0,69) y *seguridad ciudadana* (0,59). La mayor parte de las partidas presupuestarias tienen correlaciones altas (superiores a 0,55) con este primer eje, lo que refleja su importancia.

Al igual que sucederá en el año 2010, las comunidades forales, con una contribución conjunta de 81,19% (Anexo estadístico: tabla A4), se encuentran claramente desmarcadas del resto de CCAA en la parte positiva del primer factor. Se trata, por tanto, de las CCAA que en general toman los valores más fuertes, superiores al valor medio global en tales partidas. Comunidades como Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha o Extremadura toman valores en tales partidas próximas a la media y comunidades como Islas Baleares o C. Valenciana, valores muy alejados de la media (Mapa factorial 1).

Mapa factorial 1. **REPRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE LAS PARTIDAS PRESUPUESTARIAS Y LAS CCAA (EJES 1 Y 2) (2007)**



Fuente: Elaboración propia a partir de PG CCAA (2007).

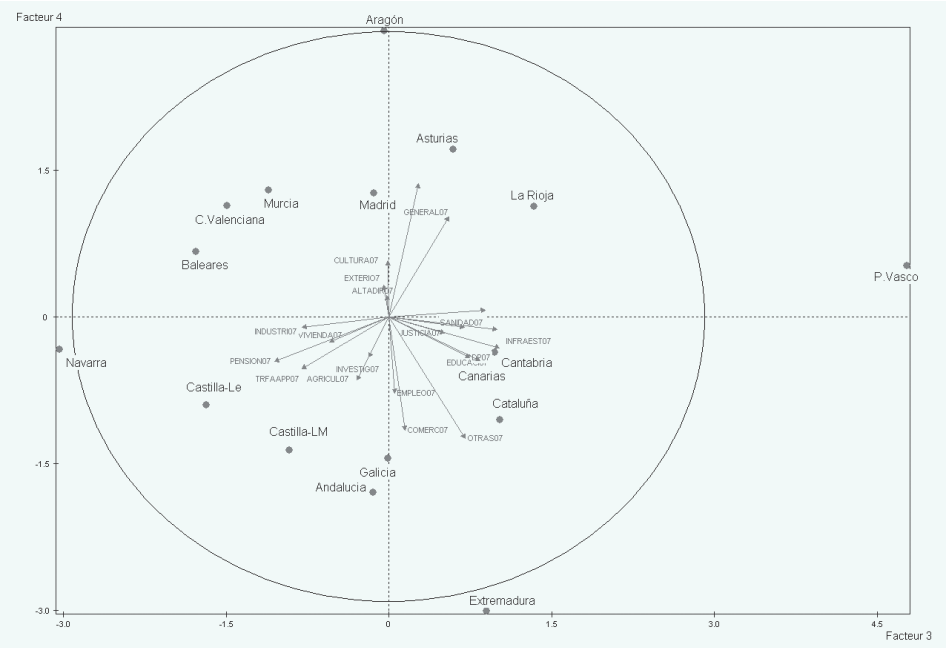
El segundo eje, con un valor propio de 3,61 y un valor explicativo de 17,20%, muestra fuertes correlaciones con *justicia (-0,81), fomento del empleo* (0,74), *agricultura, pesca y alimentación* (0,66), y *comercio, turismo y pymes* (0,61), y también aunque en menor medida con *deuda pública* (-0,50) y *alta dirección* (0,46).

Este segundo eje pone de manifiesto la oposición entre Cataluña, caracterizada por poseer en la partida de *justicia* valores muy por encima de la media, y Extremadura y la Rioja donde las partidas más discriminantes son las relativas a *fomento del empleo*, *agricultura, pesca y alimentación*, y *comercio, turismo y pymes*.

El tercer eje, con un poder explicativo de 13,40% presenta correlaciones elevadas con *infraestructuras* (0,58) y con *servicios sociales y promoción social* (0,57).

Las CCAA que mayor contribución presentan en este eje son nuevamente Navarra (19,38%) y País Vasco (48,71%) (Anexo estadístico: tabla A4). Este eje marca claramente las diferencias en la estructura de gastos de ambas comunidades. Navarra presenta mayor correlación con *industria y energía*, *transferencias a otras AAPP, pensiones o vivienda*, mientras que la CAPV está más próxima a *infraestructuras, servicios sociales y promoción social o seguridad ciudadana* (Mapa factorial 2).

Mapa factorial 2. **REPRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE LAS PARTIDAS PRESUPUESTARIAS Y LAS CCAA (EJES 3 Y 4) (2007)**



Fuente: Elaboración propia a partir de PG CCAA (2007).

El cuarto eje, que explica el 10,27% de la variabilidad de los datos presenta correlaciones elevadas con *administración financiera y tributaria* (0,69), *servicios de carácter general* (0,52) y con *otras actuaciones de carácter económico* (-0,62) y *comercio, turismo y pymes* (-0,58). Este factor refleja como Extremadura y Aragón, que se encontraban muy cercanas en el primer plano factorial –eje 1 y 2–, ahora pueden ser

discriminadas con claridad; mientras Extremadura tiene una fuerte correlación con *comercio, turismo y pymes*, *fomento del empleo o agricultura, pesca y alimentación*, Aragón está más cercana a *administración financiera y tributaria, servicios de carácter general o cultura.*

Año 2010. Análisis de resultados

El cuadro nº 3 y los mapas factoriales 3 y 4 para el 2010 reflejan que el comportamiento del gasto presupuestario en la CAPV y Navarra son también muy diferentes del resto de CCAA de régimen común. Ambas comunidades siguen gastando por encima de la media y se pueden observar ciertos cambios en relación con los gastos presupuestados en 2007, variaciones que se derivan fundamentalmente de la diferente coyuntura económica de ambos años.

Para el año 2010, al igual que en 2007, las partidas que presentan mayor correlación entre ellas son también las que contribuyen en mayor medida a explicar el primer componente principal (se han seleccionado en verde en el cuadro nº 3). Y lo mismo sucede con el resto de partidas que tienen correlaciones más fuertes con el segundo, tercer y cuarto eje.

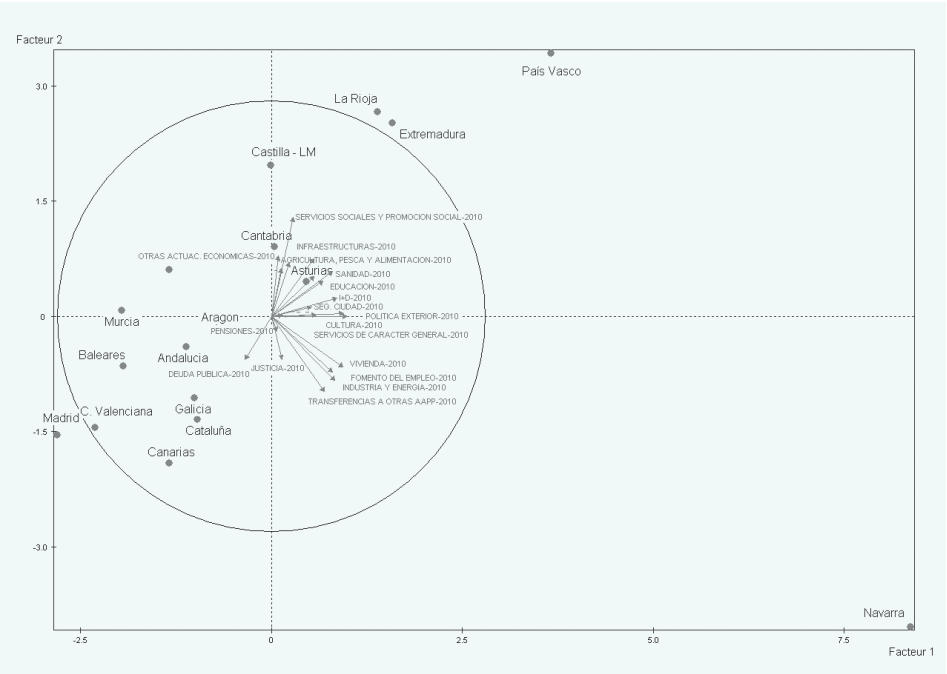
El eje 1 muestra una mayor correlación con *cultura*, *política exterior*, *vivienda*, *industria y energía, sanidad*, *fomento del empleo*, e *investigación* (valores superiores al 0,70) y asimismo está definido en gran medida por *transferencias a otras AAPP (0,64)*, *educación* (0,62), *servicios de carácter general (0,54)*, o *alta dirección* (0,52). Por consiguiente, se puede observar que las partidas presupuestarias con mayores correlaciones entre ellas, son también las que contribuyen en mayor medida a explicar el primer componente principal. Y lo mismo sucede con el resto de partidas que tienen correlaciones más fuertes con el segundo, tercer y cuarto eje.

En cuanto a las contribuciones de las CCAA a la formación de los ejes se observa que Navarra (60,29) y País Vasco (11,53) son las que más contribuyen a la formación del primer eje (Anexo estadístico: tabla A4). Este eje muestra las similitudes de las comunidades forales, ambas destacan por su elevado gasto (por encima de la media) en *educación, sanidad, investigación, cultura, o política exterior*. Mientras que en el lado opuesto se sitúan Madrid, Islas Baleares o C.Valenciana con valores inferiores a la media en dichas partidas.

El segundo eje está muy correlacionado negativamente con *transferencias a otras AAPP* (-0,65), y sus más importantes correlaciones positivas son con *servicios sociales y promoción social* (0,85), y en menor medida con *otras actuaciones de carácter económico* (0,52) o *comercio, turismo y pymes* (0,46) (tabla 3).

El análisis por individuos, permite observar que las CCAA con mayor contribución al segundo eje son nuevamente los territorios forales, Navarra (28,09) y País Vasco (19,97) (Anexo estadístico: tabla A4).

Mapa factorial 3. **REPRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE LAS PARTIDAS PRESUPUESTARIAS Y LAS CCAA (2010) (EJES 1 Y 2)**



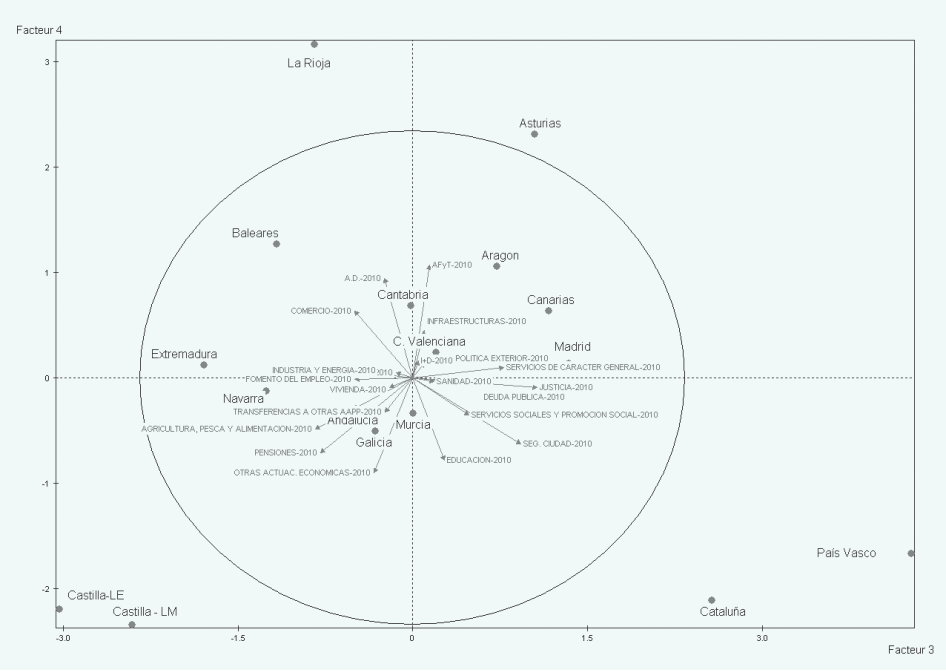
Fuente: Elaboración propia a partir de PG CCAA (2010).

El segundo factor destaca las diferencias en la política presupuestaria de las comunidades forales. Navarra presenta mayor correlación con *transferencias a otras AAPP, fomento del empleo, pensiones vivienda*, o *industria y energía*, mientras que el País Vasco gasta más en *servicios sociales y promoción social, otras actuaciones de carácter económico*, *seguridad ciudadana*, *o infraestructura* (Mapa factorial 3).

Asimismo, es interesante resaltar que el segundo eje opone a las comunidades más agrícolas, Extremadura, Castilla-La Mancha, Castilla-León, y también aunque en menor medida, Cantabria o Asturias frente a Canarias, Baleares, Madrid, Cataluña, o Comunidad Valenciana, donde las partidas más discriminantes son las relativas a *deuda pública*, o *justicia*. La CAPV y Navarra gastan menos que la media en *agricultura* aunque en Navarra se supera el valor medio de la CAPV.

Los factores siguientes matizan los comportamientos presupuestarios mostrados por los dos primeros componentes principales. El mapa factorial 4 representa simultáneamente ambos conjuntos de datos en el segundo plano factorial. El tercer eje, con un poder explicativo de 14,57%, presenta correlaciones elevadas positivas con *justicia* (0,79), *seguridad ciudadana* (0,69), o *servicios de carácter general* (0,58), y altas pero negativas con *agricultura, pesca y alimentación* (-0,62) y *pensiones* (-0,59).

Mapa factorial 4. **REPRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE LAS PARTIDAS PRESUPUESTARIAS Y LAS CCAA (2010) (EJES 3 Y 4)**



Fuente: Elaboración propia a partir de PG CCAA (2010).

El País Vasco nuevamente es la comunidad que más contribuye al tercer eje (35,2) seguida muy de lejos por Castilla León (17,7) y Cataluña (12,7). Este eje pone de manifiesto la oposición en el comportamiento presupuestario de País Vasco y Cataluña frente a las dos Castillas y Extremadura, caracterizadas las primeras por poseer en la partida *justicia* valores muy por encima de la media, mientras que Castilla-La Mancha y Castilla-León tienen gastos en dicha partida especialmente pequeños y Extremadura no asigna nada a esa política. Por el contrario, estas últimas CCAA destacan en sus gastos en *agricultura* mientras que País Vasco y Cataluña presentan gastos en esta partida alejados de la media. Navarra con un gasto en agricultura de 203,73 € per cápita, se sitúa por debajo aunque cercana a la media y muy diferenciada del País Vasco. Este tercer eje marca claramente las diferencias en la estructura de gastos de las comunidades forales, al igual que lo hiciera también en el 2007.

El cuarto eje describe el comportamiento presupuestario de La Rioja, y Asturias frente a las dos Castillas. El resto de comunidades no están bien representadas en este eje.

A la luz de lo expuesto, los dos planos factoriales de los años 2007 y 2010 muestran imágenes distintas de los comportamientos presupuestarios de las CCAA. Por

tanto, es necesario unir ambos planos para lograr una aproximación coherente y unificada de todas las CCAA en relación con las partidas presupuestarias. Con este fin se ha procedido, tras el ACP, a realizar un análisis de clasificación en base a las coordenadas de las CCAA en el espacio factorial. Este nuevo análisis permitirá agrupar las CCAA en base a patrones de comportamiento presupuestario similares y con ello seguir resaltando las singularidades de la política de gasto de las comunidades forales entre ellas y en relación al resto de CCAA de régimen común.

1.3. **Clasificación automática: formación de los *cluster***

Año 2007: Análisis de Resultados

Las características de los sujetos de estudio, en este caso, las CCAA, se han relacionado de forma simultánea mediante un tipo de análisis multivariante, el Análisis de Componentes principales (ACP). Sin embargo, como se acaba de mencionar, la realidad de la muestra se comprende mejor si es posible segmentarla en agrupaciones o clases de CCAA lo más homogéneas posible dentro de cada clase, y lo más heterogéneas respecto a las demás clases o agrupaciones y, sobre todo, si se descubren las asociaciones que existen entre esas clases.

Los métodos de clasificación automática, o análisis *cluster*, son los que permiten satisfacer mejor dicho objetivo (Hair y otros, 1998; Etxeberria y otros, 1995) al intentar descubrir posibles asociaciones de CCAA de acuerdo a sus políticas de gasto que no cabía presuponer a priori y permitir visualizar las diferencias más significativas en cuanto a los patrones de gasto presupuestario de los años de estudio.

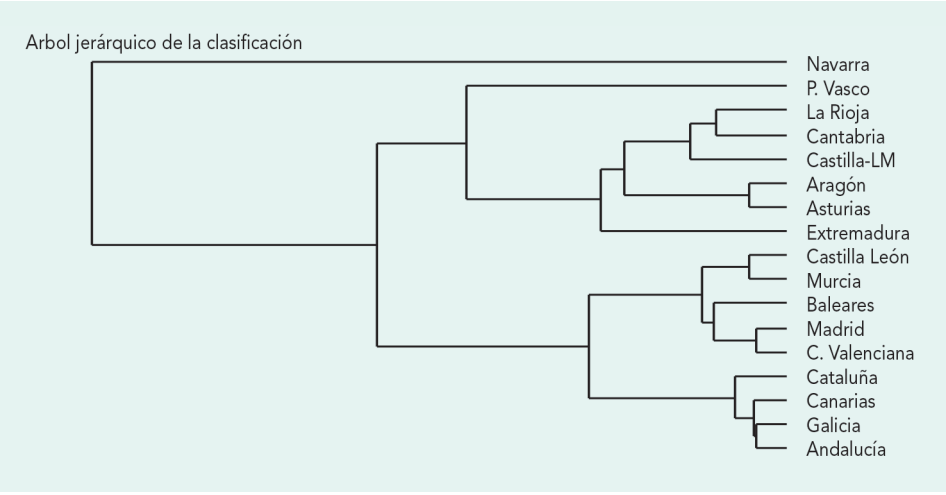
El proceso se desarrolla por etapas, creando una jerarquía de particiones del conjunto inicial de sujetos que adopta forma de árbol jerárquico (o dendrograma). Las agrupaciones, y por tanto el árbol jerárquico, finaliza cuando todas las CCAA componen una única clase. La visión de dicho árbol sugiere el nivel al que sus ramas deben ser cortadas para obtener la partición deseada.

En el año 2007, se han retenido los 7 primeros componentes principales para clasificar las CCAA. Para ello, descendiendo en el nivel de desagregación de izquierda a derecha (gráfico nº 1), hemos optado por centrarnos en siete agrupaciones o *cluster*. La primera clase está formada por 4 CCAA (*cluster* 1 formado por Cataluña, Andalucía, Galicia y Canarias). La segunda clase está compuesta por 5 CCAA (*cluster* 2: Castilla y León, Islas Baleares, Madrid, Comunidad Valenciana y Murcia). El *cluster* 3: Extremadura. Dos *cluster* más pequeños formados por 2 y 3 CCAA (*cluster* 4: Aragón y Asturias y *cluster* 5: Castilla-La Mancha, La Rioja y Cantabria). Y, por último, el *cluster* 6: País Vasco y *cluster* 7 formado por la Comunidad Foral Navarra (Anexo estadístico: Mapa 1).

Se han identificado las partidas que explican y justifican la formación de los distintos *cluster*. Los *cluster* 1 y 2 se encuentran unidos por más de la mitad de las

partidas presupuestarias, especialmente destaca su baja inversión en *infraestructura*[7]. Se puede decir que Cataluña, Andalucía, Galicia, Canarias, Castilla-León, Baleares, Madrid, C. Valenciana y Murcia tienen un patrón de gasto muy similar, aunque se distinguen principalmente por las partidas de *otras actividades de carácter económico* y *deuda pública*.

Gráfico nº 1. **ÁRBOL JERÁRQUICO DE LA CLASIFICACIÓN (2007)**



Fuente: Elaboración propia a partir de PG CCAA (2007).

Entre los *cluster* 3 y 6 también hay notables diferencias. El *cluster* 3 se caracteriza por sus elevados gastos (muy por encima de la media) en *agricultura, pesca y alimentación*, *fomento del empleo, y en comercio, turismo y pymes*, mientras que el *cluster* 6 apenas destina recursos a estas políticas. Finalmente, *seguridad ciudadana* también contribuye de forma notable a distinguir entre sus patrones presupuestarios, ya que mientras el *cluster* 6 es con diferencia el que más invierte, el *cluster* 3 es, también con diferencia, el que menos. De esta forma, ambos *cluster*, a pesar de estar unidos por su alta inversión en *infraestructuras*, presentan acusadas diferencias que justifican su división en *cluster* diferentes.

Los *cluster* 2, 4 y 5 sobresalen por los escasos recursos destinados a *investigación, desarrollo e innovación y educación*. Entre el *cluster* 4 y 5 la principal diferencia en su estructura presupuestaria corresponde a la *deuda pública*, bastante superior en el caso del *cluster* 4. Asimismo, el *cluster* 2, parece más apropiado vincularlo con el 1. La principal diferencia entre el *cluster* 5 y el conjunto formado por el *cluster* 1 y 2 es

[7] En infraestructura por sus características, se producen importantes economías de escala que, en las comunidades más pobladas, pueden diluir la importancia real de esta política por un efecto estadístico.

en la partida de *sanidad*, donde el primero tiene una inversión apreciablemente más elevada en los otros dos, con valores inferiores a la media en esta materia.

La partida de *vivienda* es la que mas distingue las agrupaciones de los *cluster* 2, 4 y 5 respecto a la de 3 y 6. Esta misma política también es la que mejor distingue los *cluster* 1 y 2 respecto de los *cluster* 6 y 7.

El *cluster* 6, País Vasco, presenta más rasgos en común con el *cluster* 7, Navarra, como corresponde a su condición de comunidades forales. Ambas presentan comportamientos muy similares en 8 de las 21 partidas presupuestarias, y por encabezar algunas de ellas –*educación, investigación, desarrollo e innovación, seguridad ciudadana, servicios sociales y promoción social*– mostrando una gran capacidad de gasto, mientras destacan por su baja inversión en *agricultura, pesca y alimentación, comercio, turismo y pymes y fomento del empleo*. Sin embargo, son *vivienda,* junto a *industria y energía*, *servicios sociales, deuda pública,* y *fomento del empleo,* las que permiten identificar dos patrones diferenciados de gasto público. Del mismo modo, en otra partida *transferencias a otras AAPP* presentan una extraordinaria diferencia derivada de la muy distinta organización interna –uniprovincial en el caso de Navarra y pluriprovincial en el de la CAPV.

Si es relativamente sencillo establecer lo característico de los binomios 1-2 y 6-7, no lo es tanto hacer lo mismo con el *cluster* 3 o el binomio 4-5. En cualquier caso, los mencionados binomios constituyen la expresión, por un lado, de las *comunidades de régimen foral*, y por otro, el *corazón de las de régimen común*, constituyendo un patrón de gasto relativamente similar en 9 de las 15 CCAA del mismo régimen. En ese patrón destaca *sanidad y educación*, partidas cuantitativamente más importantes en todas las CCAA, suponen en torno al 50% de sus presupuestos, y son las que presentan una mayor homogeneidad.

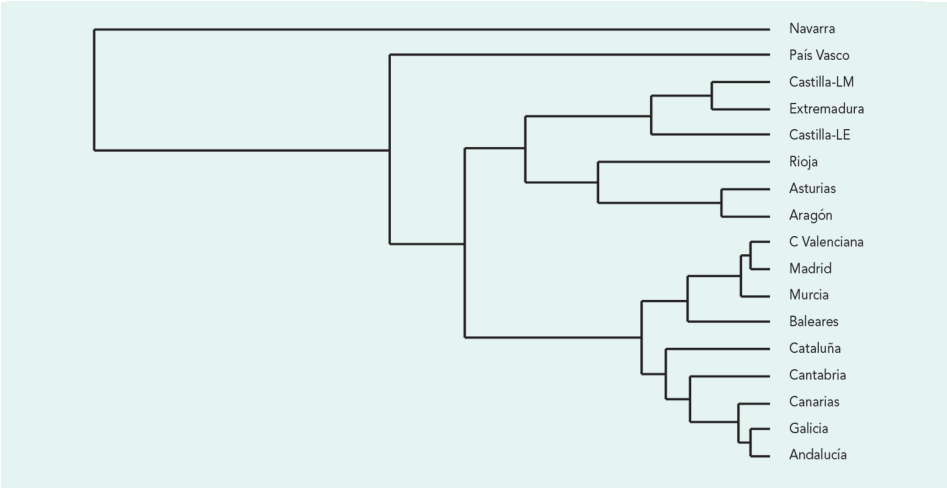
Año 2010: Análisis de Resultados

El método ha generado para el año 2010 una partición del conjunto de CCAA en 6 clases. Este reagrupamiento va a permitir una descripción más detallada de las clases.

A la vista del dendograma también estaba justificado coger 3 o incluso 9 particiones (gráfico nº 2). La elección de la partición más coherente, dado el objeto de estudio, ha consistido en la identificación y análisis de las partidas más características que explican la formación de los distintos *cluster* generados por las tres particiones. No se ha optado por 3 *cluster*, dado que esta partición une en un único grupo a todas las CCAA de régimen común, diferenciándolas del País Vasco y Navarra. Esta segmentación impide observar patrones claramente diferenciados entre las 15 comunidades de régimen común, al igual que sucediera en 2007. Asimismo, si se hubiera seleccionado una partición en 9 grupos, la división pierde coherencia ya que 6 *cluster* estarían integrados por una única CA – País Vasco, Navarra, La Rioja, Castilla-León, Baleares y Cataluña–. Esta diferenciación no aporta demasiado al análisis

dado que especialmente las tres últimas se caracterizan por tener patrones de gasto muy similares con otros *cluster*; es el caso de Castilla-León que se asemeja a Castilla-La Mancha y Extremadura en 8 de las 21 partidas y presenta comportamientos muy similares en gran parte del resto. Baleares y Cataluña serian dos de las comunidades más diferentes del *cluster* que agrupa a un mayor número de comunidades, pero también son similares en otras partidas a ese grupo. Tal y como se ha explicado para el 2007, en general las CCAA de régimen común presentan una gran similitud, lo que justifica que en 2010 se forme un gran grupo, tal y como se detalla a continuación. En definitiva, la partición que consigue una aproximación más coherente y unificada de todas las CCAA en relación con todas las partidas presupuestarias de gasto es la que subdivide el conjunto de CCAA en 6 clases (gráfico nº 2).

Gráfico nº 2. **ÁRBOL JERÁRQUICO DE LA CLASIFICACIÓN (2010)**



Fuente: Elaboración propia a partir de PG CCAA (2010).

Esta partición en 6 clases de los 17 individuos, genera una gran clase conformada por 9 Comunidades Autónomas (*cluster* 1: Galicia, Andalucía, Madrid, C.Valenciana, Canarias, Murcia, Baleares, Cantabria y Cataluña), dos clases pequeñas formadas por 2 (*cluster* 2: Aragón y Asturias) y 3 CCAA (*cluster* 4: Castilla y León, Castilla-La Mancha y Extremadura) y las tres clases restantes sólo contienen una CA (*cluster* 3: La Rioja; *cluster* 5: País Vasco y *cluster* 6: Navarra) (Anexo estadístico: Mapa 2).

A continuación, se analizan las partidas presupuestarias más características de algunos de los *cluster* para el año 2010 (tabla 5).

El *cluster* 1 (Galicia, Andalucía, Madrid, C. Valenciana, Canarias, Murcia, Baleares, Cantabria y Cataluña) se caracteriza en su patrón de gasto presupuestario por un gasto inferior a la media en *sanidad*, *agricultura* e *investigación desarrollo e innovación*.

En general, este *cluster* presenta gastos medios en casi todas las partidas por debajo de la media. Sólo destacan los gastos destinados a *deuda pública* (191,99€/habitante) que alcanzan un valor superior a la media del conjunto (158,34€/habitante).

El *cluster* 2 (Aragón y Asturias) se caracteriza por presentar un gasto superior a la media en *justicia*, *sanidad*, *alta dirección*, *servicios generales* y *Administración financiera y tributaria*. Asimismo, presenta un gasto por debajo de la media en muchas de sus partidas destacando *seguridad ciudadana*, *pensiones*, *comercio, turismo y pymes*, *transferencias a otras AAPP*, entre otras.

El *cluster* 3 (La Rioja) tiene un patrón de gasto particular caracterizado por un gasto muy superior a la media en *servicios sociales y promoción social*, 401,88€/habitante, mientras que la media se sitúa en 275,63€/habitante. También presenta un gasto muy elevado en relación con la media de las CCAA en *investigación, desarrollo e innovación*[8], en *comercio y turismo* e *infraestructuras*, superando en todas ellas la media autonómica.

El *cluster* 4 (Castilla-La Mancha, Extremadura y Castilla-León) se caracteriza por un importante gasto en *agricultura* (609,94€/hab) frente a una media total de 237,56€/hab. Parece lógico teniendo en cuenta que las CCAA que forman este *cluster*, junto con Aragón, tienen un modelo económico-productivo centrado en la agricultura (Ramos y Gallardo, 1999) (Anexo estadístico: tabla A3).

Los *cluster* 5 (País Vasco) y 6 (Navarra) mantienen los patrones del año 2007. En general, la capacidad de gasto de ambos *cluster* es mayor que la del resto de CCAA. Ambas comunidades tienen patrones de gasto muy similares en 9 de las 21 partidas destinando una gran cantidad de gasto a algunas de ellas (*política exterior*, *sanidad*, *educación*, *infraestructuras* e *investigación*), y especialmente baja en otras (*agricultura, pesca y alimentación, comercio y turismo)*. Sin embargo, en partidas como *transferencias a otras AAPP, política industrial, vivienda, deuda pública, servicios sociales y fomento del empleo*[9] presentan una extraordinaria diferencia. A *Alta Dirección* destinan una cuantía similar al resto de *cluster*.

---

[8] Algunos elementos destacables para explicar este significativo aumento de los recursos destinados a I+D+i son los tres planes riojanos de I+D+i (1999-2002; 2003-2007 y el vigente 2008-2011), así como la aprobación por el Parlamento riojano de la Ley 3/2009, de 23 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.

[9] La diferencia tan importante en fomento del empleo entre Euskadi y Navarra es posible que se reduzca en los próximos presupuestos, ya que en 2011 se ha hecho efectivo el traspaso de las políticas activas de empleo a las CCAA. En virtud del Real Decreto-ley 3/2011, de 18 de febrero de medidas urgentes para la mejora de la empleabilidad y la reforma de las políticas activas de empleo (BOE nº 43 de 19-02-2011) y del Real Decreto-ley 14/2011, de 16 de septiembre (BOE nº 226, de 20-09-2011), de medidas complementarias en materia de políticas de empleo y de regulación del régimen de actividad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, aquellas autonomías que lo soliciten tendrán mayor presencia en la elaboración y ejecución de las mencionadas políticas.
En Euskadi al traspaso de las políticas activas de empleo –algo más de 300 millones– se ha añadido el traspaso de las bonificaciones de las que se benefician las empresas por contratar, esta última competencia no la tiene ninguna otra CA. Hasta ahora era el INEM el que gastaba en el País Vasco, ahora será un ente vasco, Lanbide. Sin embargo, la mayor parte del gasto en políticas activas ya se gastaba en Euskadi y, por tanto, no será dinero nuevo.

Para terminar se destacan algunos de los cambios más relevantes en las agrupaciones de las CCAA. Uno de los más destacables es la unión de las comunidades más agrícolas, en términos de estructura productiva y de gasto presupuestario, en un único *cluster* (Castilla y León, Castilla La-Mancha y Extremadura). En 2007, como se ha podido observar, las comunidades que más dinero destinaron a *agricultura* no se encontraban agrupadas en un único *cluster*, sino dispersas en varios. Otra diferencia reseñable es que La Rioja aparece sin agrupar en un único *cluster*, mientras que en el 2007 era Extremadura la CA que quedaba sin agrupar. Estos resultados permiten responder a la tercera de las hipótesis planteadas.

Sin embargo, las restantes CCAA aparecen agrupadas de una forma más o menos similar. Hay que destacar que de nuevo el País Vasco y Navarra aparecen formando un único *cluster* cada una. Este resultado hace referencia al particular sistema de financiación de los territorios forales y al distinto modelo económico-productivo de estos territorios respecto al dominante en el resto del Estado.

Por este motivo es importante diseccionar el territorio estatal desde el punto de vista de los sectores económicos predominantes en las distintas CCAA. Desde un punto de vista general, puede observarse una creciente *terciarización de la economía* en todas las CCAA en perjuicio del sector industrial y agrícola (Anexo estadístico: tabla A3). Comenzando por la *agricultura*, puede observarse que en la actualidad la España agrícola se concentra básicamente en las CCAA de Extremadura, las dos Castillas, y La Rioja, todas con una importancia relativa del sector agrícola muy por encima de la media territorial, aunque decreciente en el tiempo.

En cuanto a las comunidades con mayor peso industrial aunque decreciente en el tiempo destacan Navarra, País Vasco, La Rioja y Cataluña, aunque sólo la primera tiene un gasto absoluto y relativo en el total de sus presupuestos acorde con esa característica. Todos los indicadores industriales destacan el decrecimiento en el tiempo de la contribución del sector industrial al PIB en las otras tres CCAA (véase la evolución de la estructura productiva de las CCAA en el anexo estadístico: tabla A3). Asimismo, el avance de presupuestos para el año 2012 en la CAPV confirma la evolución decreciente de la industria en esta comunidad que pasa a disponer de 112.120,6 millones de € frente a los 158.173,2 del 2010.[10] Por el contrario, el resto de comunidades de la cornisa cantábrica, comunidades tradicionalmente muy rurales como Galicia, Asturias o Cantabria son las que más invierten en política industrial (por encima de la media).

Finalmente, el sector servicios, como era de esperar, presenta un mayor peso relativo en los archipiélagos, las regiones costeras más turísticas (Andalucía y Valencia), y Madrid, donde se concentra la mayor parte del funcionariado estatal.

---

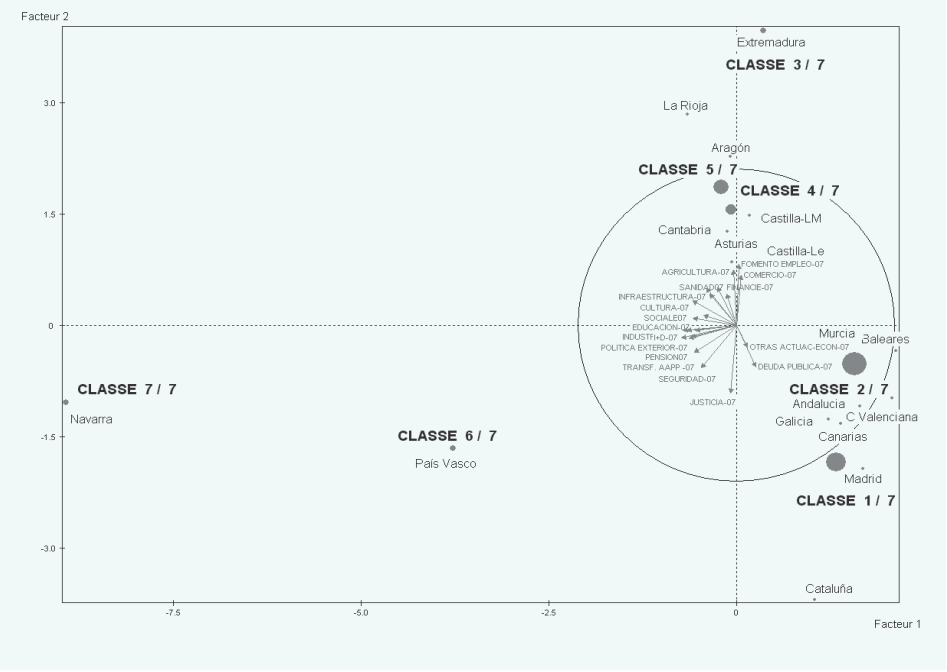
[10] Se puede apreciar como en Euskadi se ha incrementado de forma importante la cuantía destinada a las partidas de I+D+i y educación. Esto pone de manifiesto la apuesta decidida de las administraciones públicas vascas por un nuevo modelo económico basado en la *investigación* y en la *educación,* como motores básicos del crecimiento económico.

4. EL GASTO PÚBLICO VASCO: UNA COMPARATIVA ESPACIAL Y TEMPORAL (2007-2010)

4.1. Gasto público de la CAPV versus gasto de la Comunidad Foral de Navarra

El análisis de las partidas presupuestarias más características del binomio formado por el País Vasco y Navarra y sus variaciones después de la crisis toma como punto de partida los mapas factoriales 5 y 6, que sintetizan de forma gráfica la posición de las políticas de gasto y de los *cluster* en los años 2007 y 2010 respectivamente.

Mapa Factorial 5. **DISTRIBUCIÓN DE LAS CCAA POR *CLUSTER* Y POLÍTICAS DE GASTO (2007)**



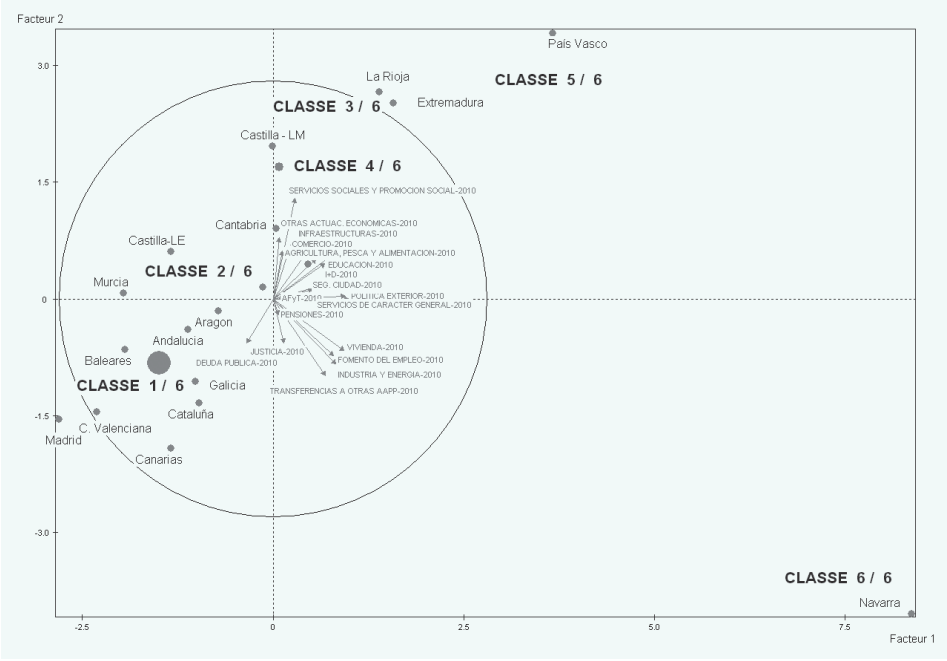
Fuente: Elaboración propia a partir de los PG CCAA (2007).

País Vasco y Navarra no presentan cambios significativos en relación con la formación de los *cluster* ya que, tanto en el año 2007 como 2010, aparecen formando un único *cluster* cada uno. Este resultado, no por esperado es menos importante, y hace referencia al particular sistema de financiación de los territorios forales, que es distinto a su vez del de régimen común[11]. Además, una parte de la diferencia en sus patrones

[11] Las comunidades de régimen foral tienen reconocida la gestión y el rendimiento de la mayor parte de los impuestos y contribuyen a las cargas generales del Estado a través del pago de un cupo/aportación por

presupuestarios viene dada por el distinto sistema competencial, como por ejemplo, la policía autonómica. Y, finalmente, como se ha mencionado anteriormente las diferencias se explican por el distinto modelo económico-productivo de estas CCAA.

Mapa Factorial 6. **DISTRIBUCIÓN DE LAS CCAA POR *CLUSTER* Y POLÍTICAS DE GASTO (2010)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los PG CCAA (2010).

El País Vasco, presenta rasgos comunes con Navarra, como parece lógico debido a su condición de comunidades forales. En general, la capacidad de gasto de ambas es mayor que la del resto de CCAA; en el año 2007 Navarra con un valor de 6.340,62 €/hab., y País Vasco con 4.807,35 €/hab. (incluido el gasto de las competencias exclusivas de las DDFF) ocupaban en el *ranking* de gasto público por habitante, la primera y segunda posición respectivamente, posiciones que mantienen en 2010 (Anexo estadístico: tabla A5).

las competencias no asumidas. En las comunidades de régimen común, los instrumentos autonómicos de financiación vienen determinados por el marco normativo establecido en la Ley Orgánica de Financiación de las CC.AA (LOFCA) y en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común. No obstante, hay que señalar que Canarias dispone de un mayor grado de autonomía fiscal que las restantes CCAA de régimen común, debido a que la imposición indirecta que se aplica en el archipiélago tiene un tratamiento específico a través del Impuesto General Indirecto Canario y al Impuesto sobre Combustibles derivados del Petróleo (véase Monasterio y Zubiri, 2009 y Monasterio, 2010).

Cuadro nº 4. **PRESUPUESTO DE LAS CCAA 2007 (EUROS PER CÁPITA CONSTANTES AÑO BASE 2007) POR *CLUSTER***

	CLUSTER 1					*CLUSTER* 2					
Políticas de Gasto	Cataluña	Andaluc	Galicia	Canarias	MEDIA	Castilla León	Illes Balears	Madrid	Valencia	Murcia	MEDIA
Justicia	**70,78**	**51,18**	**34,13**	**74,63**	**57,68**	0,15	0,10	**61,69**	**43,22**	0	21,032
Seguridad Ciudadana	**169,86**	14,31	9,17	14,35	51,9225	4,64	22,20	37,48	14,24	27,74	21,26
Política Exterior	9,30	10,49	4,44	**12,71**	9,235	0,84	**17,40**	5,74	**14,08**	3,55	8,322
Pensiones	17,90	6,71	19,99	4,17	12,1925	**58,23**	16,79	0	0	11,57	17,318
Servicios Sociales	199,54	189,37	133,56	153,73	169,05	**234,69**	70,52	208,05	108,48	154,21	155,19
Foment empleo	74,08	**131,64**	110,67	**123,62**	110,0025	115,87	88,44	90,04	90,71	67,18	90,448
Vivienda	32,61	48,69	**86,52**	64,44	58,065	57,62	24,35	**87,06**	45,87	24,13	47,806
Sanidad	1.221,99	1.073,09	1.221,9	**1.325,7**	1.210,67	1.193,9	1.054,3	1.068,8	1.189,1	1.099,3	1.121,08
Educación	748,31	763,51	779,61	**793,80**	771,3	779,22	659,55	746,70	614,34	**821,77**	724,316
Cultura	58,79	54,13	73,12	38,70	56,185	71,87	31,06	53,01	**93,34**	52,86	60,428
Agricultura, Pesca y Alim.	53,64	**300,68**	222,08	70,27	161,6675	**586,69**	61,79	8,49	94,07	183,53	186,914
Industria y Energía	12,23	12,28	79,71	19,16	30,845	55,15	31,00	4,61	29,06	**59,67**	35,898
Comercio, Tur. y PYMEs	21,97	**81,63**	42,94	38,88	46,355	32,18	**66,65**	6,92	28,37	24,17	31,658
Infraestructuras	178,48	255,67	323,87	285,15	260,7925	319,16	203,69	321,13	141,47	199,95	237,08
I+D+i	43,93	**54,93**	43,03	26,29	42,045	**89,50**	17,68	24,71	19,32	25,79	35,4
Otras actuac. económicas	**64,49**	**57,14**	**64,53**	**45,53**	**57,9225**	20,27	20,87	6,11	17,70	19,28	16,846
Alta Dirección	14,64	13,22	14,12	20,62	15,65	21,00	**36,92**	6,18	16,06	17,53	19,538
Servicios generales	109,57	75,16	59,86	73,18	79,4425	50,41	112,73	96,27	48,57	**138,13**	89,222
Administración financ y tribut.	1,04	12,52	**27,98**	**28,88**	17,605	11,88	15,39	23,63	18,14	22,84	18,376
Transferencias a otras AAPP	**410,66**	**267,90**	**321,49**	86,88	271,7325	39,55	152,74	13,90	0	0	41,238
Deuda pública	**225,54**	**147,28**	**217,36**	**155,68**	**186,465**	74,65	108,88	**116,94**	93,43	43,45	87,470
TOTAL	**3.718,13**	3.621,53	**3.890,05**	3.456,37	3.671,520	**3.817,47**	2.813,05	2.987,46	2.719,57	2.996,65	3.066,84

Nota: en **negrita** los valores superiores a la media. En trama gris cuando todas las CCAA del *cluster* tienen valores superiores a la media, y en trama verde cuando éstos son todos inferiores a la media.

CLUSTER 3	*CLUSTER* 4			*CLUSTER* 5				*CLUSTER* 6	*CLUSTER* 7	
Extrem	Aragón	Asturias	MEDIA	Castilla Mancha	La Rioja	Cantabria	MEDIA	País Vasco	Navarra	MEDIA
0	1,68	22,42	12,05	0,11	0	1,08	0,396	64,35	43,51	27,590
5,65	11,31	27,45	19,38	8,29	29,10	18,16	18,516	272,72	135,56	48,367
0	7,39	13,14	10,265	18,72	21,49	13,62	17,943	23,56	36,66	12,537
0	0	0,34	0,17	22,58	0	0	7,526	0	108,2	15,67
251,33	181,88	225,02	203,45	238,21	299,71	247,93	261,950	494,35	331,42	218,942
295,48	104,77	151,14	127,955	127,92	224,42	107,96	153,433	36,98	111,79	120,748
111,93	58,08	82,22	70,15	61,26	50,94	58,22	56,806	91,85	413,10	82,288
1.339,2	1.260,9	1.233,39	1.247,145	1.236,7	1.508,18	1.265,19	1.336,690	1323,10	1331,8	1.230,930
822,65	738,79	725,95	732,37	833,24	753,09	812,87	799,733	1077,05	920,60	787,713
88,62	135,62	129,02	132,32	63,03	87,97	96,66	82,553	100,03	160,18	81,648
617,40	583,89	177,04	380,465	659,09	155,84	165,83	326,920	130,41	221,41	252,481
43,25	35,81	76,07	55,94	15,06	12,14	75,76	34,320	25,43	370,95	56,314
168,75	48,04	29,51	38,775	49,53	49,65	56,33	51,836	32,42	35,58	47,854
504,07	271,71	371,62	321,665	232,37	422,31	614,22	422,966	575,74	375,67	329,193
51,88	39,07	33,35	36,21	34,50	22,04	47,76	34,766	116,41	201,97	52,480
35,41	10,24	38,94	24,59	56,02	19,61	44,62	40,083	44,51	12,82	34,005
15,17	26,03	24,07	25,05	49,32	46,15	38,00	44,490	26,74	31,62	24,552
112,52	224,55	138,87	181,71	67,61	156,07	47,52	90,400	214,08	173,68	111,693
16,26	81,05	68,05	74,55	7,35	40,42	29,49	25,753	27,35	28,78	27,121
0	47,63	0	23,815	284,86	0	0	94,953	0	1245,9	168,914
102,87	113,07	128,67	120,87	42,67	88,46	103,89	78,340	130,28	49,42	114,267
4.582,44	3.981,51	3.696,28	3.838,895	4.108,44	3.987,59	3.845,11	3.980,380	4.807,36	6.340,62	3.845,27

Fuente: Elaboración propia a partir de los Presupuestos de las CCAA 2007.

Cuadro nº 5. **PRESUPUESTO DE LAS CCAA 2010 (EUROS PER CÁPITA CONSTANTES AÑO BASE 2007) POR *CLUSTER***

	CLUSTER 1									
Políticas de Gasto	Galicia	Andalucía	Madrid	Valencia	Canarias	Murcia	Illes Balears	Cantabria	Cataluña	Media
Justicia	33,69	**52,39**	**60,82**	**54,13**	**68,64**	0,00	0,15	**53,44**	**81,16**	**44,94**
Seguridad Ciudadana	8,17	11,09	41,59	14,17	15,36	32,98	21,55	22,23	**218,75**	**42,88**
Política Exterior	4,50	**13,27**	5,47	8,47	**17,10**	2,01	10,64	12,27	7,06	8,98
Pensiones	**8,79**	5,23	0,00	0,19	3,55	0,40	**14,57**	5,28	6,84	4,98
Servicios Sociales	207,10	243,82	212,31	137,23	136,75	220,75	85,56	**329,09**	**280,78**	205,93
Fom.empleo	120,41	**157,74**	77,66	89,88	**155,38**	74,96	80,02	121,59	105,68	109,26
Vivienda	72,24	47,76	62,65	20,87	56,92	19,53	24,66	52,61	42,32	44,39
Sanidad	1.246,42	1.104,06	1.026,56	1.058,55	1.286,31	1.255,96	1.008,97	1.265,45	1.230,27	1.164,73
Educación	816,17	831,75	689,62	815,60	775,61	956,12	688,13	875,33	791,27	804,4
Cultura	58,54	47,67	34,14	**70,46**	26,38	44,62	38,76	**83,80**	60,42	51,64
Agricultura, Pesca y Alim.	223,31	**279,33**	0,00	87,00	51,97	168,43	52,26	144,41	51,86	117,62
Industria y Energía	**82,47**	15,02	3,33	29,33	20,34	18,77	29,71	**78,56**	25,07	33,62
Comercio, Tur. y PYMEs	39,52	**105,47**	5,95	26,12	28,96	13,79	**72,01**	**58,32**	17,25	40,82
Infraestructuras	290,25	234,92	282,14	117,65	277,57	200,89	250,62	**533,14**	177,67	262,76
I+D+i	45,52	67,98	19,15	22,04	55,63	22,62	14,93	15,86	61,89	36,18
Otras actuac. económicas	30,64	**34,63**	5,67	4,62	6,15	15,36	25,47	**32,94**	**57,42**	23,65
Alta Dirección	12,87	11,63	6,82	16,57	16,97	16,20	**34,54**	**23,11**	13,15	16,87
Servicios generales	95,63	89,60	111,95	67,14	78,65	98,60	127,88	63,86	**138,54**	96,87
Administración financ y tribut.	19,82	**13,92**	14,89	15,77	**28,95**	24,28	17,46	**30,33**	4,27	18,85
Transferencias a otras AAPP	**314,28**	**269,41**	8,17	0,00	**235,50**	0,00	**167,63**	0,00	**334,36**	147,71
Deuda pública	**227,81**	**187,86**	144,41	104,53	**330,10**	103,55	147,15	117,94	**364,53**	**191,99**
TOTAL	3.958,15	**3.824,55**	2.813,3	2.760,32	3.672,79	3.289,82	2.912,67	3.919,56	**4.070,56**	3.469,08

Nota: en **negrita** los valores superiores a la media. En trama gris cuando todas las CCAA del *cluster* tienen valores superiores a la media, y en trama verde cuando éstos son todos inferiores a la media.

CLUSTER 2			*CLUSTER* 3	*CLUSTER* 4				*CLUSTER* 5	*CLUSTER* 6	
Aragón	Asturias	Media	La Rioja	Castilla Mancha	Castilla Leon	Extremadura	Media	País Vasco	Navarra	MEDIA
45,96	63,67	54,81	0,00	0,30	0,31	0,00	0,2	77,20	53,28	37,949
8,27	21,83	15,05	30,65	8,55	4,81	6,02	6,45	303,74	135,40	53,245
10,85	12,94	11,89	19,35	20,58	0,00	16,27	12,28	26,86	37,80	13,261
3,86	0,00	1,92	0,00	12,24	46,69	2,40	20,44	0,00	17,75	7,517
246,56	311,60	279,07	401,88	386,03	282,90	387,65	352,19	725,12	90,64	275,634
97,48	127,69	112,58	92,34	137,73	116,11	227,11	160,31	34,10	485,68	135,386
56,14	61,59	58,86	37,66	62,56	42,56	109,47	71,53	80,31	392,00	73,050
1.326,23	1.419,99	1.373,1	1.350,30	1.270,65	1.292,48	1.426,14	1.329,75	1.523,85	1.455,28	1.267,500
740,07	724,52	732,29	751,24	934,42	805,08	903,18	880,89	1204,37	1013,53	842,118
48,55	83,44	65,99	87,78	63,07	60,51	96,81	73,46	96,89	169,78	68,919
496,22	175,36	335,79	157,45	613,64	572,04	644,17	609,94	117,34	203,73	237,560
32,88	65,87	49,37	13,96	16,36	41,35	25,76	27,82	14,02	337,92	50,0424
26,75	24,79	25,77	139,75	49,39	26,79	102,20	59,45	39,53	40,58	48,069
254,80	408,35	331,57	377,24	261,52	251,19	465,03	325,91	450,87	344,82	304,628
51,43	45,65	48,53	203,92	41,50	79,61	71,64	64,25	156,97	195,43	68,928
17,58	36,45	27,01	21,14	92,55	49,12	50,08	63,91	41,71	13,74	31,487
21,54	26,52	24,03	46,41	18,02	16,43	26,53	20,32	25,49	31,14	21,408
198,70	139,90	169,29	96,11	60,23	50,29	114,77	75,09	231,12	181,84	114,401
68,74	112,04	90,39	43,93	8,12	13,22	15,77	12,36	11,19	33,71	28,024
39,11	0,00	19,55	0,00	252,24	48,35	0,00	100,19	0,00	1.118,87	163,995
225,18	143,81	184,49	112,96	48,57	118,80	125,17	97,51	106,02	83,49	158,346
4.016,9	4.006,01	4.011,455	3.984,07	4.358,27	3.918,64	4.816,17	4.364,36	5.266,7	6.436,41	4.001,46

Fuente: Elaboración propia a partir de los Presupuestos de las CCAA 2010.

Ambos territorios presentan patrones de gasto muy similares en más de la mitad de las 21 partidas presupuestarias, aunque con la crisis se abre un diferencial en algunas de ellas. En concreto en 2010, el País Vasco encabeza el gasto en *educación, seguridad ciudadana, servicios sociales y promoción social*, *justicia*, *sanidad,* y *servicios generales,* todas ellas*, salvo servicios sociales,* son partidas en las cuales Navarra también gasta por encima de la media del conjunto de las CCAA. Por su parte, Navarra, es la que más gasta en *investigación, desarrollo e innovación, cultura y política exterior,* partidas en las que el País Vasco también muestra una importante capacidad de gasto dado que se encuentra entre las comunidades que más invierten en esos conceptos. Ambas comunidades destinan a *alta dirección* y *administración financiera y tributaria* una cuantía similar al resto de *cluster*, aunque hay que destacar el importante descenso que experimenta esa última partida en el País Vasco a partir de la crisis. Asimismo, es remarcable un gasto inferior a la media a lo largo del tiempo en *agricultura, pesca y alimentación* y *comercio, turismo y pymes.*

Sin embargo, presentan importantes diferencias en otras partidas como *vivienda*, *industria y energía*, *servicios sociales y promoción social*, *deuda pública*, *transferencias a otras AAPP*. La disimilitud de esta última partida procede de la muy distinta organización interterritorial (uniprovincial en el caso navarro y pluriprovincial en el caso vasco). En lo que a la *deuda pública* se refiere, Navarra destina una cantidad muy inferior a la media que se explica por su elevado nivel de suficiencia financiera. No obstante, el País Vasco ha hecho un importante esfuerzo de ajuste durante el periodo de estudio, pasando de destinar en 2007 una cantidad superior a la media, solo por debajo de Madrid y las CCAA del *cluster* 1, a estar por debajo de la media en 2010. La CAPV a pesar de la crisis es la comunidad que más gasto dedica a ayudas sociales, pero la coyuntura económica actual y del próximo año, que se prevé especialmente difícil, así como los datos de recaudación, hacen inevitable su ajuste. El proyecto de Presupuestos del Gobierno Vasco para el 2012 fija un recorte del 7%[12], aunque su dotación global permanecerá igual. Otra partida en la que difieren es *cultura*; ambas CCAA destinaban cuantías similares en 2007, sin embargo, en 2010 Navarra destina a esta partida una cuantía bastante superior a Euskadi, aunque ambas sigan gastando por encima de la media (Cuadros nº 4, 5 y 6).

[12] La Renta de Garantía de Ingresos (RGI) y el complemento de vivienda, así como las ayudas a la familia, se reducirán en un 7%. Las Ayudas de Emergencia Social están excluidas de la rebaja, aunque sí se reduce un 7% la partida general. Las renta básica, que hasta ahora pagaba el 87% del salario mínimo interprofesional, en el 2012 descenderá al 81,85%, ese porcentaje se traducía en el 2011 en 557 € para el caso de una unidad familiar sin ingresos y sin hijos, y será de 525€ para el 2012. El complemento por alquiler de vivienda se reducirá en un 7% por lo que quedará fijado en 250€y la ayuda por nacimiento de hijo se reducirá en el mismo porcentaje.

Cuadro nº 6. **PRESUPUESTOS DE LA CAPV Y NAVARRA (2007, 2010)**

	2007 (millones de euros constantes 2007)		2010 (millones de euros constantes 2007)	
Políticas de gasto	CAPV	Navarra	CAPV	Navarra
Justicia	137,82	26,36	168,18	33,94
Seguridad Ciudadana	584,12	82,13	661,64	86,24
Política Exterior	50,46	22,21	58,52	24,07
Pensiones	0,00	65,61	0,00	11,30
Servicios sociales y promoción social	1.058,8	200,8	466,32	57,73
Fomento del empleo	79,2	67,73	74,27	309,34
Vivienda	196,74	250,29	174,93	249,67
Sanidad	2.833,9	806,93	3.319,47	926,90
Educación	2.306,9	557,77	2.623,52	645,54
Cultura	214,27	97,05	81,86	108,14
Agricultura, Pesca y Alimentación	279,33	134,15	130,58	129,76
Industria y Energía	54,46	224,75	30,55	215,23
Comercio, Turismo y PYMEs	69,43	21,56	86,10	25,85
Subv. al transporte	0,00	10,2	0,00	26,35
Infraestructuras	1233	227,61	612,21	219,62
Investigación, Desarrollo e innov.	249,34	122,37	341,93	124,47
Otras act. de carácter económico	95,33	7,77	90,85	8,75
Alta Dirección	57,27	19,16	55,53	19,83
Servicios de Carácter general	458,52	105,23	503,47	115,82
Administración financiera tributaria	58,58	17,44	24,38	21,47
Transferencias a otras AAPP	0,00	754,87	0,00	712,64
Deuda pública	279,04	29,94	230,94	53,18
Total	10.296,51	3.851,93	9.735,25	4.125,84

Fuente: Elaboración propia a partir de los PG CCAA (2007, 2010).

4.2. Gasto público de la CAPV y Navarra *versus* gasto de las CCAA de régimen común

El análisis se centra en las propias partidas presupuestarias, destacando las diferencias más significativas del gasto realizado por las comunidades de régimen foral (País Vasco y Navarra) en relación con el resto de CCAA.

Destaca, aunque no de forma tan acusada como en el caso de *sanidad*, la homogeneidad en la partida de *educación*. En los presupuestos de 2007 todas las CCAA

gastaban cuantías similares salvo las comunidades forales, especialmente el País Vasco, donde se gastaba muy por encima de la media. Esto no sólo responde a sus mayores ingresos, sino a una apuesta estratégica sostenida en el tiempo y que, junto a los elevados niveles en I+D+i, forman parte esencial de un modelo productivo (Hogson, 2004, Reig *et al.*, 2007) que es el que han querido potenciar los sucesivos gobiernos vascos[13]. Los Presupuestos de 2010 reflejan la misma tendencia, ya que País Vasco y Navarra aumentan su diferencial con respecto a las CCAA de régimen común, mientras en 2007 la diferencia de medias era 239,27 € constantes per cápita, en 2010 ascendía a 302,40 €.

Los datos evidencian que en la producción de bienes públicos de carácter preferente, educación y sanidad, el modelo autonómico es capaz de ofrecer niveles similares de servicio, independientemente de la comunidad autónoma donde se resida.

Dado el carácter estratégico de la política de investigación se han identificado las variaciones más relevantes que se han producido en los distintos niveles de Gobierno (CCAA y AC). En general, el gasto medio del conjunto de CCAA en I+D+i se ha incrementado pasando de 52,48 € per cápita en 2007 a 68,92 € en 2010 (cuadros nº 4 y 5). Se puede observar que los *cluster* que en 2010 destacan por su mayor esfuerzo inversor en esta partida son La Rioja (*cluster* 3), País Vasco (*cluster* 5) y Navarra (*cluster* 6). Sin embargo, en 2007, excepto de nuevo, Navarra y País Vasco, el resto de *cluster* gastaron de media en esta partida cuantías muy similares. Por tanto, La Rioja destaca por un incremento muy significativo, aunque la mayoría de las CCAA (Andalucía, Galicia, Canarias, C. Valenciana, Extremadura, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha y País Vasco) han elevado la cuantía de gasto destinado a esta partida en 2010 respecto a 2007. La AC, por su parte, también ha incrementado la dotación a *investigación* pasando de 172,25 € constantes per cápita en 2007 a 186,10 € (Presupuestos Generales del Estado, PGE) en 2010.

Por tanto, dada la importancia del capital público en la explicación del crecimiento de la productividad (Aschauer, 1989, 2000; Munnel, 1990; Deno, 1991) no sorprende la evolución presupuestaria de las políticas de investigación y educación, responsables directas de la transformación hacia una economía del conocimiento y del consiguiente aumento en productividad[14].

---

[13] La I+D+i resulta clave para el crecimiento económico y social a medio y largo plazo y tanto la Comisión Europea como el Gobierno español han focalizado sus esfuerzos en esta materia. Entre las políticas europeas destacan la creación en 2006 de un programa de competitividad e innovación para pymes y la potenciación del Programa Marco de Investigación y Desarrollo. Por su parte, el Gobierno central ha situado la I+D+i en el centro de su estrategia económica, a través del lanzamiento del programa Ingenio 2010, basado en un aumento sin precedentes en los recursos para I+D+i, la focalización de estos recursos incrementales en actuaciones estratégicas y mejoras en planificación, gestión y evaluación (Díaz y Zozaya, 2008).

[14] La Estrategia de Lisboa, desde su lanzamiento en 2000, tenía como objetivo central hacer de Europa, en 2010, la «economía del conocimiento más dinámica y competitiva del mundo» (Ybáñez, 2006). En concreto, se desea que el gasto en I+D sobre el PIB sea del 3%

Este resultado es interesante ya que hay estudios que demuestran que en época de bonanza económica esta partida presupuestaria, junto con infraestructuras, experimenta un importante crecimiento, siendo además sus variaciones muy similares a lo largo del tiempo (Alonso, 2009). Además, los datos anteriormente expuestos demuestran que esta tendencia alcista se mantiene, en el caso de *investigación*, a pesar de la fase descendente del ciclo económico de los últimos tres años. A la luz de los resultados, parece que todas las administraciones públicas empiezan a apostar por avanzar hacia un nuevo modelo económico[15] basado en la *I+D* y en la *educación*, dejando atrás el modelo económico basado en la construcción y el turismo.

Otra partida presupuestaria, tal y como se acaba de mencionar, muy vinculada con investigación es *infraestructuras*. Por ello, tampoco es chocante la importancia cuantitativa de esta política, aunque se aprecia su mayor volatilidad como consecuencia de las restricciones de gasto que la recesión impone al gobierno. El gasto medio destinado a esta partida ha disminuido durante los años de estudio en todas las comunidades. En cualquier caso, esta partida permite observar el gran esfuerzo de País Vasco y Navarra, además del resto de comunidades del Norte (Cantabria, Asturias, y La Rioja) con asignaciones que superan la media del resto de CCAA. Esto puede ser debido por un lado, a la propia orografía de la zona norte peninsular, que supone un mayor esfuerzo inversor en esta partida, y por otro lado, al modelo histórico de vertebración territorial de tipo radial con centro en Madrid (Herranz-Loncán, 2007)[16]. Además influye la existencia o no de grandes inversiones, como es el caso en el País Vasco del trazado ferroviario de alta velocidad, lo que provoca que en esa partida no se aprecien tanto los recortes que impone la crisis pero que de hecho se producen –la paralización de otros proyectos de inversión no iniciados, el retraso de algunas obras, y la aplicación de un plazo de ejecución más largo para otras–.

Resulta interesante ver la trayectoria de esta partida en los presupuestos de la Administración central (AC) para observar si se corrobora esa tendencia. La AC desde 2004 hasta 2008 ha incrementado de forma importante la cuantía destinada a *infraestructuras*, aunque si se compara la cifra en euros per cápita constantes (año base 2007) alcanzada en 2008, 309,13 €, con la cifra de 2010 (298,84 €) ha descendido ligeramente.

Otras actuaciones de carácter económico como *agricultura, pesca y alimentación o industria y energía* presentan importantes divergencias entre CCAA. En general, el

---

[15] Martín Seco, J.F. (2009) enumera algunas de las limitaciones que tiene la Administración central para liderar un cambio en el modelo productivo del Estado. Por su parte, Ekai center (2011) revisa las dificultades que encuentra la política tecnológica en la CAPV, esto es los problemas estructurales de la Comunidad para avanzar hacia una economía más productiva.

[16] El Plan Estratégico para las Infraestructuras del transporte de 2005 comenzó a reverter el viejo modelo, poniendo el énfasis en la intermodalidad y la toma en consideración de los proyectos locales y regionales, diseñando corredores transversales como el que uniría Bilbao con Barcelona (Sétra, 2009).

gasto en ambas materias está correlacionado con el peso relativo del sector en el PIB de cada comunidad autónoma. Así, en agricultura, las dos Castillas, Extremadura y Aragón son las que destinan mayores cantidades per cápita, y las que menos Madrid, Cataluña e Islas Baleares. El País Vasco le dedica menos de un 3% de su presupuesto, lo que representa en euros constantes per cápita 130,41 en 2007 y 117,34 en 2010. En definitiva, son cifras que están en consonancia con el escaso peso relativo de este sector en la economía vasca.

En relación con la provisión de servicios públicos básicos, los territorios forales destacan especialmente sobre el resto de CCAA. Las mayores competencias en *seguridad ciudadana*, tal y como se ha explicado previamente, explican el mayor gasto del País Vasco, Navarra y Cataluña. La *política exterior* no está afectada por traspasos específicos a las CCAA, sino que este gasto responde a la voluntad política de cada una de proyectarse hacia el exterior, por ello también presentan importantes diferencias cuantitativas entre ellas.

Respecto a la *deuda pública*, las CCAA con un mayor nivel de endeudamiento en 2010 se encuentran en el *cluster* 1 (191,99 €), seguido muy de cerca por el *cluster* 2 (184,49 €). De hecho, sus medias se encuentra muy por encima de la media autonómica (158,34 €) (cuadro nº 5). En 2007 también el *cluster* 1 encabezaba el mayor gasto medio en esta partida. Es destacable que todas las CCAA, excepto País Vasco, han incrementado su nivel de endeudamiento en 2010[17]. En concreto, el incremento medio de esta partida ha sido de casi un 40%. Este hecho está ampliamente conectado con la profunda crisis económica. La recesión ha conducido a las CCAA a endeudarse por encima de los niveles permitidos, superando en una décima el 60% del PIB, hecho que no sucedía en los últimos doce años[18].

Para finalizar con el análisis, puede señalarse que lo que une a País Vasco y Navarra con el *cluster* 4 es la elevada capacidad de gasto de este último. Los poderes públicos de Castilla-La Mancha, Extremadura y Castilla y León intervienen en las distintas políticas a razón de 207,82 euros per cápita, valor más alto después del País Vasco y Navarra, sin embargo, lo que les diferencia es el origen de los fondos. Así, mientras las comunidades forales se caracterizan por una gran suficiencia financiera derivada de sus respectivos regímenes especiales de Concierto y Convenio Económico, en el caso de las otras tres CCAA los fondos provienen en gran parte de los mecanismos de redistribución europeos y estatales (véase tabla A1).

---

[17] En general, las CCAA con mayores competencias tienen mayores niveles de endeudamiento. También el PIB generado y el gasto total destinado a transferencias parecen variables que originan diferencias en el nivel de endeudamiento. En contra de lo que cabía esperar, los gastos de capital tienen escasa incidencia en el *stock* de deuda de las diferentes CCAA (Benito, Brusca y Montesinos, 2004). El hecho de que las únicas comunidades con alto nivel competencial y reducido nivel de deuda sean las dos forales (País Vasco y Navarra) apunta al problema, todavía incorrectamente resuelto, de la suficiencia financiera de las comunidades de régimen común.

[18] Sobre la deuda de las CCAA, véase Goikoetxea y Cantalapiedra, 2011.

5. CONCLUSIONES

El análisis temporal, años 2007 y 2010, confirma que existe un patrón de gasto diferente en las CCAA de régimen común y en las de régimen Foral (País Vasco y Navarra). Estas diferencias se deben al particular sistema de financiación de los territorios forales y al distinto sistema competencial y modelo económico-productivo. En general, la capacidad de gasto de la CAPV y Navarra es mayor que la del resto de CCAA de régimen común.

Los patrones de gasto presupuestario son similares en Euskadi y Navarra. En 2007 ambas presentaban comportamientos muy similares en 8 de las 21 partidas presupuestarias, mostrando una gran capacidad de gasto en *educación, I+D+i, seguridad ciudadana, servicios sociales y promoción social*, mientras destacan por su baja inversión en *agricultura, pesca y alimentación, comercio, turismo y pymes y fomento del empleo*. En 2010, también presentan patrones de gasto muy similares en 9 de las 21 partidas destinando una gran cantidad de gasto a algunas de ellas (*política exterior*, *sanidad*, *educación*, *infraestructuras* e *investigación*), y especialmente baja en otras (*agricultura, pesca y alimentación, comercio y turismo)*. Sin embargo, en partidas como *transferencias a otras AAPP, política industrial, vivienda, deuda pública, servicios sociales* presentan una extraordinaria diferencia. A *Alta Dirección* destinan una cuantía similar al resto de *cluster*.

Desde el punto de vista del volumen de gasto, lo que une a País Vasco y Navarra con Castilla-La Mancha, Extremadura y Castilla y León es su elevada capacidad de gasto. Sin embargo, lo que les diferencia es el origen de los fondos. Así, mientras las comunidades forales se caracterizan por una gran suficiencia financiera derivada de sus respectivos regímenes especiales de Concierto y Convenio Económico, en el caso de las otras tres CCAA los fondos provienen en gran parte de los mecanismos de redistribución europeos y estatales.

La estructura de *cluster* de las CCAA entre 2007 y 2010 presenta algunos cambios. El más destacable es el del *cluster* que agrupa a las comunidades más agrícolas –Castilla y León, Castilla La-Mancha y Extremadura–. En 2007, las comunidades que más dinero destinaron a *agricultura* no se encontraban agrupadas en un único *cluster*, sino dispersas en varios. Esto implica que incluso en las CCAA en las que mayor peso tiene la agricultura, esta política condiciona pero no determina el patrón general de gasto público autonómico, siendo otras las partidas más significativas y características de cada *cluster*.

Por el contrario, en el año 2010 disminuye esta dispersión y se reúnen las tres CCAA, las dos Castillas y Extremadura, mientras que Aragón a pesar de su elevado gasto en agricultura se encontraba unido a Asturias.

Otra diferencia reseñable es que La Rioja aparece sin agrupar, mientras que en el año 2007 era Extremadura la única CA de régimen común que quedaba en un único

cluster. Sin embargo, el resto de CCAA aparecen agrupadas de una forma más o menos similar. De nuevo, el País Vasco y Navarra aparecen formando un único *cluster* cada una.

Desde una visión general, puede identificarse para el conjunto de las CCAA, una estructura presupuestaria básica, un cierto patrón común, que permite explicar el gasto autonómico de la mayor parte de España. El núcleo de este patrón común de gasto se compone de las partidas de *sanidad* y *educación*, las dos de mayor volumen y homogeneidad y que constituyen dos de los pilares del Estado de bienestar. En efecto, la partida de sanidad no ha sufrido variaciones significativas, e incluso se ha incrementado ligeramente el gasto medio del conjunto autonómico desde 2007.

Finalmente, las tendencias que se han identificado comparando los presupuestos de 2007 y 2010 deberán ser confirmados al final de 2011 cuando se liquiden los presupuestos –las cifras de ejecución aún no están disponibles–, aunque el avance de la nueva presupuestación para el 2012, sí las confirma. Asimismo, como se ha esbozado en este trabajo en diversas ocasiones, una parte importante de la explicación de algunos patrones presupuestarios tiene su origen en la estructura de ingresos de las CCAA, lo que merecerá atención específica en un próximo trabajo.

Tabla A1. **PRESUPUESTO DE INGRESOS: INTERMEDIACIÓN FINANCIERA LOCAL (IFL), FONDOS FEOGA-GARANTÍA/ FEAGA O PAC DISTINTOS DEL DESARROLLO RURAL EN MILES DE EUROS[1] (2007, 2010)**

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2007				2010		
	Transferencias corrientes		Transferencias capital	IFL	Transferencias corrientes	Transferencias capital	IFL
	FEOGA-Garantía	FEAGA[2]	FEAGA		FEAGA	FEAGA	
Andalucía	1.502.530,26	0,00	0,00	2.151.703,31	1.502.530,26	0,00	2.369.094,12
Aragón	0,00	454.074,00	15.220,00	0,00	442.875,00	9.478,00	0,00
Asturias	0,00	65,00	0,00	0,00	32.500,00	0,00	0,00
Castilla-León	890.172,35	0,00	975,00	0,00	923.844,07	1.350,00	0,00
Castilla-La Mancha	0,00	850.409,06	103.728,97	563.264,30	771.753,96	25.073,90	556.353,41
Cataluña	0,00	0,00	0,00	2.704.400,00	0,00	0,00	2.386.254,88
Extremadura	0,00	532.655,25	0,00		543.346,21	0,00	0,00
Galicia	0,00	0,00	61.098,79	778.968,00	0,00	54.332,48	801.000,00
Madrid	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00
Murcia	98.925,00	0,00	0,00	0,00	77.665,20	41.000,00	0,00
Navarra	0,00	0,00	0,00	777,17	0,00	0,00	685,10
País Vasco	0,00	40.400,00	0,00	0,00	43.567,92	0,00	0,00
La Rioja	0,00	0,00	2.551,47	0,00	4.291,02	0,00	0,00
Valenciana	0,00	81.691,00	15.365,00	0,00	75.000,00	22.001,19	0,00
TOTAL	2.491.627,61	1.959.294,31	198.939,23	6.199.112,78	4.417.373,64	153.285,57	6.113.387,51

Nota 1: No se ha incluido la aportación neta de los nuevos entes al presupuesto autonómico por ser poco significativa, ya que en su mayor parte se financian por la propia Comunidad.

Nota 2: A partir de 2007 el FEAGA (Fondo Europeo Agrícola de Garantía) sustituye al FEOGA-Garantía en lo relativo a la garantía de mercados agrarios y otras medidas. La aplicación de estos fondos de la PAC en el presupuesto de gastos no se identifica claramente puesto que no hay un concepto específico para ello sino que se distribuyen entre las diferentes partidas incluidas como transferencias dadas a empresas.

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda (2007, 2010)

Tabla A2. **RESUMEN ESTADÍSTICO DEL GASTO PRESUPUESTARIO POR POLÍTICAS (2007, 2010)**

			2007					2010				
VARIABLE	Nº individuos	Peso	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Coeficiente variación	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Coeficiente variación
Justicia	17	17,00	27,59	28,32	0,00	74,63	1,03	37,949	29,84	0,00	81,16	0,81
Seguridad Ciudadana	17	17,00	48,36	71,69	4,64	272,72	1,48	53,245	82,70	4,81	303,74	1,60
Política exterior	17	17,00	12,53	9,00	0,00	36,66	0,72	13,261	9,12	0,00	37,80	0,71
Pensiones	17	17,00	15,67	44,68	0,00	65,16	1,52	7,517	11,13	0,00	46,69	1,52
Servicios sociales y promoción social	17	17,00	218,94	94,02	70,52	494,35	0,43	275,634	147,39	85,56	725,12	0,55
Fomento del empleo	17	17,00	120,74	58,39	36,98	295,48	0,48	135,386	96,83	34,10	485,68	0,73
Vivienda	17	17,00	82,28	85,96	24,13	413,10	1,04	73,050	82,64	19,53	392,00	1,16
Sanidad	17	17,00	1230,93	114,31	1054,36	1508,18	0,09	1267,500	145,10	1008,97	1523,85	0,11
Educación	17	17,00	787,71	98,32	614,34	1077,05	0,12	842,118	127,48	688,13	1204,37	0,15
Cultura	17	17,00	81,64	34,26	31,06	160,18	0,42	68,919	32,71	26,38	169,78	0,48
Agricultura, Pesca y alimentación.	17	17,00	252,48	211,46	8,49	659,09	0,84	237,560	204,25	0,00	644,17	0,88
Industria y energía	17	17,00	56,31	82,19	4,61	370,95	1,46	50,0424	75,31	3,33	337,92	1,50
Comercio	17	17,00	47,85	34,76	6,92	168,75	0,73	48,069	35,73	5,95	139,75	0,76
Infraestructuras	17	17,00	329,19	131,92	141,47	614,22	0,40	304,628	107,16	117,65	533,14	0,36
I+D	17	17,00	52,48	44,90	17,68	201,97	0,86	68,928	57,91	14,93	203,92	0,86
Otras actuaciones de carácter económico	17	17,00	34,00	18,95	6,11	64,53	0,56	31,487	21,88	4,62	92,55	0,71
Alta Dirección	17	17,00	24,55	11,83	6,18	49,32	0,48	21,408	9,45	6,82	46,41	0,45
Servicios de carácter general	17	17,00	111,69	54,24	47,52	224,55	0,49	114,401	49,32	50,29	231,12	0,44
Administración financiera y tributaria	17	17,00	27,12	19,78	1,04	81,05	0,73	28,024	25,82	4,27	112,04	0,94
Transferencias a otras AAPP	17	17,00	168,91	299,71	0,00	1245,92	1,77	163,995	268,86	0,00	1118,87	1,68
Deuda Pública	17	17,00	114,26	50,62	42,67	225,54	0,44	158,346	82,37	48,57	364,53	0,53

Fuente: Elaboración Propia a partir de PG CCAA (2007, 2010).

Tabla A3. **ESTRUCTURA PRODUCTIVA DE LAS CCAA (2000-2010)**

	2000					2007					2010				
CCAA	PIB miles euros	PIB per cápita	AGRICUL	INDUSTRIA	SERVICIOS	PIB miles euros	PIB per cápita	AGRICUL	INDUSTRIA	SERVICIOS	PIB (miles euros)	PIB per cápita	AGRICUL	INDUSTRIA	SERVICIOS
Andalucía	83.843.639	11.422,5	7,3	10	62,3	144.949.006	17.984,9	4,2	8,0	62,2	143.300.454	17.118,72	3,9	6,7	67,5
Aragón	19.575.966	16.451,6	5,8	21,2	53,1	32.906.696	25.378,1	4,2	17,9	54,1	32.656.838	24.242,41	4,0	14,9	59,3
Asturias	13.895.893	12.907,5	2,7	17,0	55,6	22.936.864	21.339,3	1,9	15,7	55,3	23.115.779	21.317,81	1,7	13,6	60,5
Baleares	16.110.000	19.050,8	1,6	5,4	73,9	26.142.863	25.365,4	1,0	4,5	72,8	26.629.483	24.076,22	1,0	3,6	76,5
Canarias	25.312.755	14.748,6	1,9	4,9	73,7	41.734.525	20.599,9	1,2	4,0	72,1	41.288.068	19.489,11	1,2	3,4	76,0
Cantabria	7.779.328	14.645,9	4,5	18,1	56,4	13.347.745	23.301,6	2,8	16,2	56,5	13.577.643	22.925,52	2,5	14,7	61,3
Castilla-Le	34.834.665	14.051,2	8,7	16,2	53,5	56.620.354	22.393,5	6,3	13,8	55,5	57.279.525	22.379,05	6,1	12,3	59,8
Castill-LM	21.330.235	12.299,3	13,3	15,2	49,0	35.729.134	18.069,6	8,3	13,6	52,3	35.912.817	17.114,60	7,5	14,1	58,1
Cataluña	119.123.595	19.023,2	1,8	23,1	57,3	197.166.994	**27.344,3**	1,3	17,8	59,5	197.919.372	**26.345,75**	1,3	15,6	64,4
Valencia	60.985.297	14.799,6	3,0	19,5	58,2	102.478.051	20.977,9	1,9	14,5	60,5	102.064.279	19.966.77	2,1	12,8	65,0
Extremadur	10.540.172	9.855,9	13,1	6,9	57,5	17.502.561	16.057,5	8,0	6,0	58,2	18.201.456	16.438,87	7,6	4,7	61,5
Galicia	32.703.138	11.970,8	6,2	15,6	54,9	54.107.607	19.515,5	4,5	13,5	56,3	55.631.002	19.884,88	4,2	11,5	60,3
Madrid	111.204.522	21.363,6	0,3	12,8	69,1	186.500.419	**30.665,8**	0,2	9,5	68,5	190.390.696	**29.478,24**	0,1	8,0	73,0
Murcia	15.202.081	13.226,9	7,9	14,6	57,0	27.100.446	19.467,0	4,8	12,0	59,0	27.324.745	18,690,24	4,6	10,7	64,5
Navarra	10.932.606	20.105,6	3,9	27,1	50,3	17.731.651	**29.266,1**	2,7	23,4	51,4	18.596.177	**29.196,85**	2,6	22,9	54,3
País Vasco	39.737.889	18.935,0	1,7	25,7	53,7	65.152.344	**34.185,8**	1,1	23,0	53,5	66.900.053	**30.711,49**	1,0	20,8	58,0
La Rioja	4.800.138	18.170,0	10,5	25,1	46,9	7.762.984	25.125,5	6,2	21,2	50,5	7.869.185	24.407,00	9,6	19,5	55,0
España	630.263.000	15.562,1	4,0	16,4	60,1	1053537000	23.307,9	2,6	13,2	60,9	1.062.591.000	22.598,20	2,5	11,5	65,6

Fuente: PIB: Contabilidad Regional de España (2000, 2007, 2010) (INE). Población: Padrón municipal (2000, 2007, 2010) (INE)

Tabla A4. **CONTRIBUCIÓN DE LAS CCAA A LOS EJES (2007, 2010)**

		2007					2010				
CCAA	Peso Relativo	Distancia al origen	Eje 1	Eje 2	Eje 3	Eje 4	Distancia al origen	Eje 1	Eje 2	Eje 3	Eje 4
Andalucía	5,88	9,50	2,32	1,94	0,02	9,34	7,61	1,06	0,27	0,45	0,23
Aragón	5,88	21,05	0,01	8,44	0,12	23,26	10,98	0,44	0,04	1,00	2,99
Asturias	5,88	8,65	0,00	1,18	0,37	7,91	16,84	0,18	0,35	2,11	14,40
Baleares	5,88	15,54	3,85	0,19	6,92	0,94	14,78	3,24	0,72	2,63	4,32
Canarias	5,88	9,11	1,65	2,86	0,97	0,50	12,41	1,54	6,30	2,61	1,07
Cantabria	5,88	10,19	0,01	2,62	2,02	0,27	8,48	0,00	1,39	0,00	1,25
Castilla-LM	5,88	16,54	0,03	3,58	0,97	4,73	19,42	0,00	6,57	11,15	14,88
Castilla-León	5,88	10,70	0,21	1,29	3,57	1,70	23,46	1,53	0,63	17,75	12,99
Cataluña	5,88	20,60	0,94	22,35	2,45	2,73	20,11	0,80	3,09	12,71	12,08
C. Valenciana	5,88	12,81	3,70	1,57	5,94	2,67	13,25	4,60	3,62	0,08	0,16
Extremadura	5,88	31,87	0,11	25,78	2,20	24,76	16,46	2,15	10,83	6,20	0,04
Galicia	5,88	10,95	1,28	2,60	0,01	5,83	4,17	0,88	1,93	0,20	0,70
Madrid	5,88	13,89	2,42	6,06	0,21	4,02	15,97	6,78	4,09	3,46	0,05
Murcia	5,88	11,39	1,91	0,11	2,80	4,50	10,48	3,30	0,01	0,00	0,31
Navarra	5,88	90,92	68,86	1,76	19,38	0,92	88,53	60,29	28,09	3,05	0,05
País Vasco	5,88	43,95	12,33	4,48	48,71	1,93	47,92	11,53	19,97	35,22	7,48
La Rioja	5,88	19,35	0,37	13,22	3,32	4,00	26,14	1,66	12,09	1,36	27,00

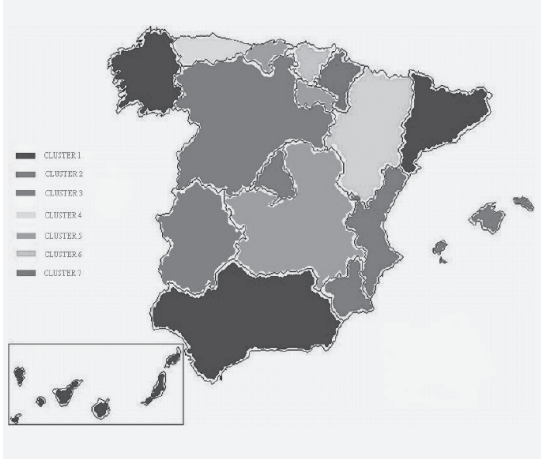
Fuente: Elaboración propia a partir de PG CCAA (2007, 2010).

Tabla A5. **GASTO PÚBLICO PER CÁPITA DE LAS CCAA (2007, 2010)**

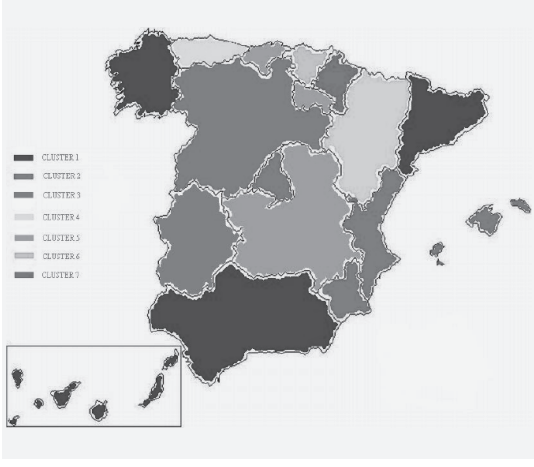
	2007		2010	
CCAA	Gasto per capita	Ranking	Gasto per capita	Ranking
Navarra	6.340,6	1	6.436,4	1
País Vasco	4.807,3	2	5.266,7	2
Extremadura	4.582,4	3	4.816,2	3
Castilla-La Mancha	4.108,4	4	4.358,3	4
La Rioja	3.987,5	5	3.984,0	8
Aragón	3.981,5	6	4.016,9	6
Galicia	3.890,1	7	3.958,1	9
Cantabria	4.845,2	8	3.919,5	10
Castilla-León	3.817,5	9	3.918,6	11
Cataluña	3.718,1	10	4.070,5	5
Asturias	3.696,2	11	4.006,0	7
Andalucía	3.621,5	12	3.824,5	12
Canarias	3.456,4	13	3.672,8	13
Murcia	2.996,6	14	3.289,8	14
Madrid	2.987,4	15	2.813,3	15
Islas Baleares	2.813,1	16	2.912,7	16
C. Valenciana	2.719,6	17	2.760,3	17

Fuente: Elaboración propia a partir de los Presupuestos de las CCAA (2007, 2010).

Mapa 1.
MAPA DE CCAA CLASIFICADAS POR *CLUSTER* (AÑO 2007)



Mapa 2.
MAPA DE CCAA CLASIFICADAS POR *CLUSTER* (AÑO 2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de los Presupuestos de las CCAA (2007 y 2010).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERDI, A (1999): *Sector Público Vasco: Análisis Macroeconómico*. Eusko Ikaskuntza. Jakitez. Área de Economía (Documento de Trabajo).

ALBERDI, A. (2010): «Economía Vasca 1980-2010: tres crisis y una gran transformación». *Ekonomiaz*. Vol 25 aniversario, 3:32-95.

ALBI, E., GONZÁLEZ PÁRAMO, J.M, ZUBIRI, I. (2010): *Economía Pública I*. Ariel Economía. Barcelona.

ALESINA, A. (2010): «Fiscal Adjustments: Lessons from Recent History», estudio preparado para una reunión del ECOFIN, Madrid, 15 de abril.

ALONSO, I. (2009): *El presupuesto como expresión de la evolución económica y política del proceso de descentralización español: el caso de la CAPV*. Tesis Doctoral. Servicio Editorial de la UPV/EHU.

ALONSO, I. (2010): «Factores económicos, institucionales y políticos del gasto público vasco (1981-2008)». *Revista de Administración y Ciudadanía*, 5, 1:37-65. Escuela Gallega de Administración Pública. Santiago de Compostela.

ARGIMON, I., GÓMEZ, A.L, HERNÁNDEZ, P., MARTÍ, F. (1999): *El sector de las Administraciones Públicas en España*. Madrid. Banco de España.

ASCHAUER, D.A. (1989): «Is public expenditure productive?». *Journal of Monetary Economics*, vol. 23:177-200.

ASCHAUER, D.A. (2000): «Do states optimize? Public capital and economic growth». *Annals of Regional Science*, 34, 3: 343-363.

BENITO, B., BRUSCA, M.I. y MONTESINOS, V. (2004): «Análisis del endeudamiento en las comunidades autónomas». *Revista de contabilidad*, vol.7 (13): 85-112.

CARAMÉS, L.A. y LAGO, S. (2002): *Los efectos del gasto público sobre el crecimiento económico: El caso de las comunidades autónomas*. Instituto de Estudios Económicos de Galicia. A Coruña.

DENO, K. T. (1991): «Public capital and the factor intensity of the manufacturing sector», *Urban Studies* 28, 1: 3-14.

DÍAZ, E. y ZOZAYA, N. (2008): «Políticas de apoyo a la investigación en España y en la Unión Europea». *La Cuestión universitaria*, 4.

EKAY CENTER (2011): «Hacia un nuevo impulso tecnológico» *Working paper,* 29 octubre 2011, p.6.

ETXEBERRIA, J., GARCÍA, E., GIL, J., RODRIGUEZ, G. (1995): *Análisis de datos y textos*. Ed. Ra-ma. Madrid.

GARCÍA ANDRÉS, G. (2009): «El año que falsó la hipótesis de expectativas racionales. De cómo la crisis obliga a buscar un nuevo paradigma para la teoría económica». *Cuadernos de Información Económica*, 209:107-114.

GARCÍA CRESPO, M. (1987): «Situación y perspectivas de la economía vasca», *Ekonomiaz*, 7-8: 69-86.

GOIKOETXEA, I. y CANTALAPIEDRA, C. (2011): «La deuda de las CCAA». *Cuadernos de Información Económica*, 220, enero-febrero.

GUPPY, D. (2011): «Is a second meltdown approaching?». China Daily, 18 Julio 2011, p.3.

HAIR, J.F.; ANDERSON, J.R., R.E.; TATHAM, R.L. y BLACK, W.C. (1998): *Multivariate Data Analysis*, Fifth Edition, Prentice-Hall: Upper Saddle River.

HERNÁNDEZ, P. (2010): «El papel de la política fiscal en la crisis económica». *Presupuesto y Gasto Público*, 59: 39-54.

HERRANZ-LONCÁN, A. (2007), «The spatial distribution of Spanish transport infrastructure between 1860 and 1930», *Annals of Regional Science*, 41 (1): 189-208.

HODGSON, B. (2004), «Política de ciencia y tecnología en el contexto regional. Implicaciones para el País Vasco», *Ekonomiaz,* 56: 270-295.

LEVY, P.I. (2011): «*The United States and China: macroeconomic imbalanced and economic diplomacy*». American Enterprise Institute for public policy research, 28 junio 2011, working paper, p. 43.

MARTIN SECO, J.F. (2009): «Un nuevo modelo económico» en http://www.publico.es

MONASTERIO, C. y ZUBIRI, I. (2009): *Estudios de la Fundación. Serie Economía y Sociedad. Dos ensayos sobre financiación autonómica*. Fundación de las Cajas de Ahorros. Madrid.

MONASTERIO, C. (2010): «Federalismo Fiscal y Sistema Foral ¿un concierto desafinado?». *Hacienda Pública Española,* 192-(1/2010): 59-103.

MUNNELL, A. H. (1990): «How does public infrastructure affect regional economic performance». *New England Economic Review*, sep/oct, 11-32, Federal Reserve Bank of Boston.

RAMOS, E y GALLARDO, R (1999): «Disparidades de la agricultura española entre la modernización y las nuevas funciones del territorio». *Revista de Estudios Regionales*, 54: 17-45

RAMOS, L. (2008): «La vitalidad de la sociedad rural española, garantía de futuro para la actividad agrícola y ganadera». *La Revista profesional de sanidad vegetal*, 195: 40-41.

REIG, E. y otros (2007): *Competitividad, crecimiento y capitalización de las regiones españolas*. Fundación BBVA. Bilbao.

SÉTRA (2009): *High Speed rail for regional transport case studies in European*. Service d'Études sur les Transports, les Routes et leurs Aménagements, Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire, juin.

VALLE, V. y NAVARRO, R. (2009): «El sector público ante la crisis económica». *Temas actuales de Economía*, 4: 93-126.

YBÁÑEZ RUBIO, I. (2006): «Revisión de la estrategia de Lisboa en la UE: Trabajar juntos para el crecimiento y el empleo». *Información Comercial Española* (ICE), 829: 165-174.

Autores

Alonso, Ixone. Profesora Titular del Departamento de Economía Aplicada V de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) desde 1999. Doctora en Economía por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). En cuanto a las principales líneas de investigación destacan: sector público y presupuestos, *place branding*, e innovación docente. Ha publicado artículos en revistas especializadas y presentado *papers* en diversos congresos internacionales y estatales. También publicó recientemente la monografía titulada «El presupuesto como expresión de la evolución económica y política del proceso de descentralización español: el caso de la CAPV» (2009).

Ayala Cañón, **Luis**. Licenciado y doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad Complutense de Madrid. Es Catedrático y Director del Departamento de Economía Aplicada II de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Ha sido Subdirector general del Instituto de Estudios Fiscales. Su labor investigadora se ha centrado en el estudio de la distribución de la renta, la política social y el mercado de trabajo. Es autor de varios libros y artículos en revistas nacionales e internacionales.

Bandrés Moliné, Eduardo. Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Zaragoza. Académico correspondiente de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Ha sido Consejero de Economía, Hacienda y Empleo del Gobierno de Aragón (1999-2006). Especialista en Economía pública y Estado de bienestar, ha publicado numerosos artículos en revistas científicas nacionales (Revista de Economía Aplicada, Información Comercial Española, Papeles de Economía Española, Hacienda Pública Española, Ekonomiaz) e internacionales (*Public Finance/Finances Publiques, Fiscal Studies, Education Economics*), así como varios libros individuales y colectivos.

Calero Martínez, Jorge. Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona. Presidente del Consejo Superior de Evaluación de Cataluña (2010-2011). Miembro (en el grupo de expertos) del Consejo de Trabajo, Económico y Social de Cataluña (2005-2010). Presidente de la Asociación de Economía de la Educación (2002-2004). Coordinador del GIPE, Grupo Interdisciplinar de Análisis de Política Educativa. Sus campos de especialización son la Economía de la Educación y la Economía del Estado del bienestar, con especial referencia a la economía del gasto público y a la evaluación de las políticas educativas. En estos campos ha publicado diversos libros y artículos. Ha efectuado trabajos de consultoría en varios trabajos impulsados por la Unión Europea, la OCDE, la UNESCO y el Banco Mundial.

Choi de Mendizábal, Álvaro. Profesor lector en el Departamento de Economía Pública, Economía Política y Economía Española de la Universidad de Barcelona (UB). Licenciado en Economía (2001) y Derecho (2006), y Doctor en Economía (2009) por la UB. Sus líneas de investigación son la Economía de la educación y la evaluación de políticas públicas, campos en los que ha publicado artículos y libros. Obtuvo los premios José Manuel Blecua y José Luis Moreno Becerra, concedidos respectivamente por la UB y por la Asociación Española de Economía de la Educación. A su vez, es miembro del Instituto de Economía de Barcelona y del Grupo Interdisciplinar de Análisis de políticas educativas.

Colás,Virginia. Licenciada en Economía, especializada en Economía pública, y Máster en Investigación en Economía. En la actualidad es becaria de la Cátedra Bantierra, donde realiza labores de investigación. Durante el curso 2010-2011 disfrutó de una beca en el Servicio de Documentación de Economía Aragonesa (SEDEA) de la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad de Zaragoza. Participa activamente en la política universitaria, siendo actualmente miembro de la Junta de Facultad de la Facultad de Economía y Empresa. Sus intereses en el ámbito de la investigación se centran en el impacto del envejecimiento sobre el crecimiento económico, el mercado de trabajo y las transferencias de renta intergeneracionales.

Costa i Font, Joan. Profesor permanente en Economía política en la *London School of Economics and Political Science*(LSE) en Londres (Reino Unido). Su principal interés investigador versa sobre la economía política y economía de la salud. Actualmente es *Harkness Fellow* en la Universidad de Harvard trabajando sobre el diseño del seguro de dependencia en EEUU y en Europa. También es Catedrático (en excedencia) de Economía aplicada en la Universidad de Barcelona. Sus responsabilidades académicas en la LSE incluyen la dirección de la especialización del Máster in *Public Administration* sobre políticas publicas y sociales y la organización de diversas especialidades en el marco de la Economia de la política social. Además es editor de la revista *Applied Economic Perspectives and Policy* (Oxford University Press) y miembro del comité editorial de la revista *Social Policy and Administation*. Acaba de terminar la edición de un libro «Federalismo y descentralización en salud y asistencia social europeo» (con Greer, S) editado por Palgrave McMillan.

De la Cal, Mª Luz. Doctora en Ciencias Económicas. Profesora de la UPV/EHU en el Departamento de Economía Aplicada I desde 1990. Imparte clases en el Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos, así como en los másteres de Género y Feminismos, de Globalización y Desarrollo y de Gestión de los RRHH y el Empleo, siendo la directora de este último. Las áreas de investigación son pobreza, mercado laboral y protección social. Ha sido consejera del Consejo Económico y Social Vasco en el grupo de expertos desde 2000 hasta 2010.

Ferrero, Ana. Doctora en Ciencias Económicas por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Profesora titular de Economía Aplicada por la misma Universidad. Inició su recorrido en la Universidad impartiendo clases de «Economía Política» y «Hacienda Pública» en la Facultad de Derecho, y actualmente en la Facultad de Ciencias Económicas y empresariales imparte cursos de Microeconomía y Macroeconomía. Destaca en diferentes áreas de investigación, especialmente política fiscal y hacienda pública, economía sectorial y geografía económica. Ha participado en diferentes proyectos de investigación relacionados con las áreas anteriormente citadas y colaborado en numerosos congresos, jornadas de estudio y encuentros nacionales e internacionales.

Lázaro. **Angelina.** Doctora en Economía por la Universidad de Zaragoza en septiembre de 1999 y profesora titular de Economía aplicada en el Departamento de Estructura, Historia Económica y Economía pública en la Facultad de Derecho de la Universidad de Zaragoza. Sus principales líneas de investigación se centran la Economía pública, Economía de la salud, Evaluación económica, Estimación de preferencias individuales, Envejecimiento y dependencia e Inmigración económica. Es autora de numerosos artículos en revistas científicas, nacionales e internacionales. Entre estas últimas, *Health Economics*, *Social Science and Medicine*, *PharmacoEconomics*, *Applied Economics* y *Journal of Economic Psychology*.

López i Casasnovas, Guillem. Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra, Investigador principal del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) y Vocal del Consejo de Gobierno del mismo centro. Licenciado en Ciencias Económicas (Premio Extraordinario, 1978) y Licenciado en Derecho (1979) por la Universidad de Barcelona. Doctor en Economía por la Universidad de York, Reino Unido (1984). Consejero independiente del Consejo de Gobierno del Banco de España (desde 2005) y miembro del *Consell Assessor per a la Reactivació Econòmica i el Creixement* (CAREC). Codirector del Máster en Gestión Pública (UPF-UAB-UB-EAP), del Máster en *Health Economics and Policy* (BGSE) y del Global *Health Leadership Forum* (en programa conjunto CRES-UPF y la Barcelona *Graduate School* of Economics con la Universidad de Berkeley). Miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo (desde 2000) y de las Consejerías de Sanidad de Catalunya (2001) e Islas Baleares (2001). Ha sido decano de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Pompeu Fabra (2000-2004) y Vicerrector de Economía, Administración y Relaciones Institucionales e Internacionales de esta misma universidad. Ha sido también presidente de la Asociación Mundial de Economía de la Salud (2007-2011). En 1996 creó y dirigió (hasta 2006) el Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF). Sus principales líneas de investigación incluyen la medición de la eficiencia del sector público, la revisión del papel del sector público en general (y del ámbito sanitario en particular), las balanzas fiscales, la financiación de las Haciendas Locales, la economía de la salud, la dependencia y los equilibrios intergeneracionales.

López Laborda, Julio. Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales y Derecho y Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales (premio extraordinario) por la Universidad de Zaragoza. Catedrático de Economía pública en la Universidad de Zaragoza. Ha sido profesor invitado en el *Institut des Sciences Économiques et Sociales* de la Universidad de Friburgo, Suiza (1991). Ha sido Jefe de Estudios de Investigación en el Instituto de Estudios Fiscales (1994-1997). Sus líneas de especialización son el federalismo fiscal, la distribución y redistribución de la renta y los efectos de incentivo de la imposición. Ha realizado investigaciones para FUNCAS, las Fundaciones BBV y Argentaria, la Fundación Economía Aragonesa, el Instituto de Estudios Fiscales, el Consejo Económico y Social de Aragón, la Secretaría de Estado de Hacienda, el Senado de la Nación, el gobierno de Aragón o el gobierno del País Vasco. Ha publicado trabajos en revistas especializadas, como *Internacional Tax and Public Finance, Fiscal Studies, Public Finance Review, Energy Economics, Public Budgeting and Finance, Applied Economics, Environment and Planning A* y *C, Urban Public Economics Review,* Hacienda Pública Española/Revista de Economía Pública, Revista de Economía Aplicada, Papeles de Economía Española. Es editor ejecutivo de *Hacienda Pública Española/Review of Public Economics*.

Moreno, Francisco Javier. Doctor en Ciencia Política por la Universidad Autónoma de Madrid y el Instituto Juan March, es científico titular en el Instituto de Políticas y Bienes Públicos del CSIC. Ha sido profesor en la Universidad de Barcelona, así como investigador visitante en la *London School of Economics, Harvard University, New York University* y el *Institut d'Études Politiques de Paris*. Sus áreas de interés giran en torno al análisis de políticas públicas en perspectiva comparada en el ámbito del bienestar, la inmigración y las políticas urbanas. Ha publicado diversos libros (entre ellos su tesis doctoral en el Consejo Económico y Social), así como artículos en revistas nacionales (Política y Sociedad, Documentación Social, Revista Española del Tercer Sector) e internacionales (*International Migration Review, Global Networks, International Journal of Urban and Regional Research,* y *Politics* & *Society*).

Rodrigo, Fernando. Doctor en Economía en la Universidad de Zaragoza, siendo profesor titular de la misma universidad. Ha sido profesor visitante en The *London School of Economics and Political Science*. Pertenece al Grupo de investigación en Economía pública de la Universidad de Zaragoza. Sus principales intereses de investigación se centran en el análisis económico de la imposición y el federalismo fiscal. Actualmente, su investigación se centra en el fenómeno de las compras transfronterizas inducidas por motivos fiscales (*cross-border shopping*), y en el conocimiento de los factores que contribuyen tanto a la correcta atribución de responsabilidades en la prestación de los servicios regionales, como a formar las preferencias individuales por la organización descentralizada del Estado. Sus trabajos han sido publicados, entre otras, en la revistas: Hacienda Pública Española, *Fiscal Studies*, *International Ad-*

vances in Economic Research y *Energy Economics*. Es editor de la revista *e-pública* (*Revista electrónica sobre la enseñanza de la Economía Pública*).

Simón, **Blanca.** Doctora en Economía (Premio Nacional del Consejo Económico y Social a Tesis doctorales en el año 1995). Profesora titular de Economía Aplicada en la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad de Zaragoza donde ha sido Vicedecana desde el año 2000 hasta el año 2011. En la actualidad, dirige la Cátedra Bantierra. Ha sido profesora visitante de la Universidad de Warwick en el Reino Unido. Sus principales líneas de investigación se centran en analizar la intervención estatal en la economía, los factores determinantes del crecimiento económico, el Estado de bienestar y, más recientemente, envejecimiento y dependencia e inmigración económica. Es autora de varios libros y de numerosos artículos en revistas científicas.

Vilaplana, **Cristina.** Doctora en Economía por la Universidad Carlos III de Madrid, actualmente trabaja como Profesor Contratado Doctor Permanente en el Departamento de Fundamentos de Análisis económico de la Universidad de Murcia. Su área de investigación es la Economía de la salud y de la dependencia. Además es investigadora afiliada de FEDEA y ha obtenido dos premios: Primer Premio del Consejo Económico y Social de Castilla y León (2011) por su trabajo «Influencia del grado de dependencia sobre el gasto sanitario y social en Castilla y León» y el Tercer Premio de Investigación de la Obra Social de CAJAMADRID por su trabajo que presentó junto con el profesor Sergi Jiménez-Martín (Universidad Pompeu Fabra) titulado «La financiación del Sistema de autonomía y atención a la dependencia» (2009).

LÍNEA EDITORIAL DE *EKONOMIAZ*

DECLARACIÓN DE OBJETIVOS

Ekonomiaz es una revista cuatrimestral editada por el Departamento de Economía y Hacienda del Gobierno Vasco y dirigida por un Consejo de Redacción profesional que tiene por objetivo principal fomentar el análisis y el debate económico con un enfoque regional y especial atención al campo aplicado y señaladamente a la economía vasca.

Sin renunciar al rigor del trabajo académico y de divulgación científica de calidad, Ekonomiaz se sitúa en un terreno que va más allá, buscando abordar los problemas reales de la economía para extraer consecuencias prácticas para la acción pública, y todo ello expresado en un lenguaje accesible que facilite su comprensión a cualquier lector interesado en el debate económico.

En su calidad de revista científica, contribuye al avance del conocimiento a través de una política editorial definida y transparente respecto de aspectos cruciales como son los relativos a la ética de la investigación y publicación, al proceso de evaluación y «arbitraje» científico y a una buena gestión profesional.

Fundada en 1985, los objetivos fundamentales de Ekonomiaz son: a) la promoción de la investigación científica universitaria y la divulgación de sus resultados en los campos de la teoría y la economía empírica y aplicada, con especial atención a los de la Economía, las Instituciones y la Administración del Sector Público; b) la divulgación de calidad de los avances científicos conseguidos en las áreas que cultiva; c) la contribución a la mejora de la racionalidad del proceso de toma de decisiones públicas en materia económica, facilitando explicaciones, fundamentos y datos para respaldar el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas económicas de las administraciones públicas y de la vasca en particular.

Ekonomiaz siempre ha adoptado una perspectiva científica rigurosa basada en el realismo científico entre cuyos componentes figuran la objetividad, la imparcialidad, el enfoque global e interdisciplinar y la contrastación empírica de hipótesis y resultados. Con el subtítulo de Revista Vasca de Economía se ha querido subrayar que aunque sus análisis no se circunscriben exclusivamente a su ámbito territorial natural, el conocimiento de la economía vasca y la perspectiva del desarrollo y la innovación regional deben estar siempre presentes.

La concepción del contenido de la revista se basa en la elección de un tema central sobre el que pivotan los artículos. La elección de dichos temas se guía por el criterio de relevancia en su doble acepción de importancia y pertinencia: los temas seleccionados son aquellos que se encuentran en cada momento en el centro del debate académico, político y social. Sin embargo, Ekonomiaz no se limita a abordar los temas candentes del momento, con una visión a corto plazo; sino que como he-

rramienta de prospección económica a medio y largo plazo intenta también penetrar en el futuro, Por ello, Ekonomiaz trata de situarse lo más cerca posible de la vanguardia del conocimiento planteando temas que puedan llegar a ser objeto de especial interés y atención en el mundo aca¬démico y político. Además, la revista incorpora la sección «Otras colaboraciones»donde se publican trabajos originales «no solicitados expresamente»relativos a asuntos de interés en la economía real y la investigación académica.

GESTIÓN EDITORIAL

La gestión de la revista Ekonomiaz, que es uno de los elementos esenciales de la política editorial, descansa en dos órganos: el Consejo de Redacción y la Dirección ejecutiva. El primero es el responsable de mantener la línea editorial, así como de la selección de los temas centrales de investigación, del asesoramiento científico general y de la relación con centros de investigación y universidades. Los miembros de este consejo se eligen de acuerdo con principios de excelencia profesional y académica, capacidad investigadora, así como con criterios de experiencia en tareas de dirección, y, a ser posible, en la de edición de revistas científicas. La dirección ejecutiva es responsable del buen funcionamiento de los procesos de selección, evaluación basado en un sistema de doble evaluación anónima (doble ciego) por pares académicos y publicación de los trabajos originales.

Ekonomiaz está admitida en el Catálogo de revistas Latindex en el que sólo aparecen las revistas previamente seleccionadas y clasificadas según criterios internacionales de calidad editorial previamente probados y convenidos por el Sistema Latindex.

Dichos criterios son utilizados por la base de datos DICE (Difusión y Calidad Editorial de las Revistas Españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas) que tiene como objetivo facilitar el conocimiento y la consulta de algunas de las características editoriales de las revistas españolas de Humanidades y Ciencias Sociales más estrechamente ligadas a la calidad. La base de datos DICE está desarrollada por el CINDOC (Centro de Información y Documentación científica) y la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación).

Ekonomiaz está calificada entre las 17 mejores revistas vivas de Economía según los criterios de evaluación de revistas científicas del DICE pertene¬ciente al CINDOC del CSIC (Centro Superior de Investigaciones Científicas). Asimismo, está incluido en el DOAJ (Directory of Open Access Journals) y en RePec, la mayor biblioteca digital mundial de acceso abierto.

La tirada es de 800 ejemplares que se distribuyen a clientes públicos y privados, administraciones, facultades, universidades, consultorías, empresas y particulares.

Todos los artículos de los monográficos de la revista Ekonomiaz están accesibles en nuestra web http://www1.euskadi.net/ekonomiaz

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TEXTOS ORIGINALES A *EKONOMIAZ*

Los trabajos presentados para su posible publicación en EKONOMIAZ. Revista vasca de Economía deberán versar sobre cualquier tema susceptible de ser incluido en el ámbito de la Economía, de acuerdo con los principios manifestados en su línea editorial.

1. ORIGINALIDAD

La originalidad que exige Ekonomiaz obliga a que los artículos remitidos no pueden haber sido publicados y tampoco figurar en otro trabajo que esté a punto de publicarse o en proceso de publicación en cualquier otra revista nacional o extranjera (en una versión similar traducida), ya sea de edición ordinaria o electrónica. Se entiende por publicación repetitiva no sólo el duplicado exacto de un artículo, sino también la publicación repetida de esencialmente la misma información y análisis, así como formar parte de un libro del autor o colectivo.

Además, en la carta de presentación de artículos originales se debe incluir la declaración de que el manuscrito se ha enviado solamente a Ekonomiaz y que, por tanto, no se ha enviado simultáneamente a ninguna otra.

De no haber una declaración expresa de la contribución específica de cada uno de los autores o autoras en un trabajo colectivo, se entiende que todos ellos indistintamente han participado en la concepción y el diseño, la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los mismos, la redacción del borrador, la revisión crítica del artículo y la aprobación final.

2. RIGOR Y CALIDAD

Los factores sobre los que se fundamenta la calidad exigida a los trabajos originales que se presentan y, en consecuencia, la decisión sobre la aceptación y rechazo de los originales por parte de Consejo de Redacción de Ekonomiaz son, los siguientes:

— Originalidad de los resultados obtenidos o hipótesis verificadas (con distintos grados). Actualidad y novedad científica.

— Relevancia social y epistemológica: utilidad o aplicabilidad y significación o avance en el conocimiento.

— Fiabilidad y validez científica, es decir, calidad metodológica contrastada.

— Redacción excelente, estructura y coherencia lógica y buena presentación material. Asimismo Ekonomiaz recomienda y valora la incorporación de la perspectiva de género en los análisis efectuados.

3. ESTILO

Debe cuidarse el estilo y la claridad de la escritura, respetarse escrupulosamente las normas gramaticales y recomendaciones de las autoridades de la lengua, y evitarse las expresiones redundantes e innecesarias, así como un uso sexista del lenguaje. Cuando el idioma original no sea el inglés, se desaconseja el uso de anglicismos técnicos, salvo que no exista voz ni forma de adaptación al español o al euskera, así como los anglicismos sintácticos o de construcción. Las normas internacionales ISO (UNE, en español) son de especial relevancia y deben tenerse en cuenta en el ámbito de la edición científica.

La Redacción de la revista podrá hacer modificaciones menores de redacción: eliminar errores gramaticales y tipográficos; expresiones poco afortunadas; giros vulgares o enrevesados, frases ambiguas o afirmaciones dudosas,… a fin de asegurar la corrección gramatical, la adecuación al estilo científico y el estricto respeto a las normas técnicas y de estilo de las fuentes más autorizadas: el Libro de Estilo del IVAP (Instituto Vasco de Administración Pública); y los diccionarios de la Real Academia de la Lengua Española y Euskaltzaindia.

Obviamente no se introducirán cambios en el contenido sustancial del artículo, y en todo caso la versión final será sometida a la aceptación del autor. Dado que la responsabilidad del contenido de un trabajo así como su propiedad pertenecen a los autores hasta que no es publicado en Ekonomiaz, la revista les informará de los posibles cambios y modificaciones de significado que hayan podido producirse durante la revisión crítica y estilística del original, previa a su publicación, y pedirá autorización para modificar el contenido y adaptarlo al estilo editorial. El autor o la autora deberán aceptar las correcciones de estilo propuestas por Ekonomiaz o rechazarlas razonadamente.

4. EVALUACIÓN PRECEPTIVA

Los artículos originales recibidos son sometidos al proceso de doble evaluación anónima mediante evaluadores profesionales externos (pares académicos), independientemente de si los trabajos han sido presentados por los autores o autoras a la redacción sin solicitud previa o si han sido pedidos expresamente por los editores o el coordinador nombrado para dirigir el monográfico. Ekonomiaz cuenta con una cartera de evaluadores de primer nivel, acreditados por su participación activa y regular en procesos de evaluación de publicaciones nacionales y extranjeras de prestigio. El

equipo de la redacción junto con el Consejo de Redacción supervisa y evalúa la calidad de las revisiones y de los evaluadores externos.

El proceso de evaluación y dictamen final se compone de las siguientes fases: recepción del artículo, decisión de rechazo o evaluación del artículo, doble evaluación anónima interpares, supervisión de las evaluaciones y dictamen final de aceptación o rechazo del artículo.

5. NORMAS DE PRESENTACIÓN FORMAL DE MANUSCRITOS

1. Los originales, que podrán estar escritos en español, euskera o inglés, en formato MICROSOFT WORD® o compatible, deberán remitirse en versión electrónica bien por correo electrónico (economia@ej-gv.es) o por correo ordinario (pen drive o en CD-Rom) a la siguiente dirección:

   Revista *EKONOMIAZ*
   Dirección de Economía y Planificación
   Departamento de Economía y Hacienda
   Eusko Jaurlaritza / Gobierno Vasco
   Donostia-San Sebastián, 1
   01010 Vitoria-Gasteiz

2. La Redacción de Ekonomiaz acusará recibo de los originales, y notificará al autor, a la dirección de contacto señalada, las posibles incidencias del envío y la situación en todo momento de la fase de evaluación, así como el dictámen final. Para cualquier información sobre el proceso editorial, los autores pueden contactar con la redacción en: <economia@ej-gv.es>.
3. Los originales deberán estar mecanografiados a espacio y medio, con un cuerpo de letra de tipo 12 y con márgenes mínimos de 2,5 centímetros. La extensión de los trabajos deberá estar comprendida entre 25-40 páginas, incluidos apéndices, cuadros y gráficos. En la primera página deberá constar el nombre del autor o autores junto con la institución a la que pertenezcan, además de una dirección de contacto, que incluirá tanto los datos postales como los números de teléfono, fax y la dirección de correo electrónico. Esta dirección de contacto será la empleada en las comunicaciones de los editores de la revista.
4. Cada original incluirá, en una hoja independiente, un resumen del trabajo de no más de 125 palabras en español y en inglés, un índice del contenido, una lista de palabras clave también en español e ingles (al menos dos y no más de cinco) y las referencias correspondientes a la clasificación del Journal of Economic Literature.
5. El texto correspondiente al contenido del trabajo presentado deberá comenzar en una nueva página. Las distintas secciones en las que se estructure el artículo han de numerarse de forma correlativa siguiendo la numeración arábiga (incluyendo como 1ª la sección de introducción) y la rúbrica correspondiente se consignará en letras minúsculas tipo negrita. Consecutivamente, los apartados de

cada sección se numerarán con dos o, si fuera preciso, tres dígitos (por ejemplo: 2.3, 2.3.2).

6. Los cuadros, gráficos estadísticos y el material gráfico, en general, se numerarán de forma consecutiva en cada categoría y siempre con números arábigos. En cuanto a su ubicación en el original, siempre figurarán al final del documento, tras las referencias y, en su caso, los apéndices; a lo largo del texto se indicará claramente el lugar preciso en el que deberán aparecer en la versión impresa. Su utilización debe ser siempre mesurada, no debiéndose incluir información innecesaria o irrelevante.
7. Si el artículo incluye representaciones gráficas, se adjuntarán los datos numéricos que sirven de base para su elaboración.
8. Las ecuaciones y cualquier otra expresión matemática deberán aparecer numeradas de forma correlativa a lo largo del texto y con alineamiento al margen derecho.
9. Las notas que se intercalen en el texto deberán limitarse por criterios de estricta oportunidad, de acuerdo con el desarrollo del trabajo. Para referenciar las notas que pudieran incluirse en tablas o cuadros se usarán letras minúsculas (a, b, etc.), presentado su contenido al pie del respectivo cuadro o gráfico. Los agradecimientos y cualquier otra información que pudiera incorporarse figurarán referenciadas mediante un asterisco asociado al título del artículo o al nombre del autor o autores según corresponda.
10. Las referencias a la literatura científica invocadas en el trabajo figurarán tras la última sección del artículo y bajo la rúbrica Referencias bibliográficas. Se detallarán por orden alfabético de autores (no numerada). Su correcta verificación es responsabilidad del autor. Las citas aparecerán en el texto según el formato «autor-fecha», distinguiendo mediante letras minúsculas consecutivas si existen coincidencias de autor y año. Las referencias en el texto que incluyan hasta dos autores deben ser completas, usándose la fórmula et al. para un mayor número de autores.
11. En cuanto a la composición de las entradas en la lista bibliográfica se ajustarán al siguiente formato:

    AUERBACH, A. y KOTLIKOFF, L. J. (1983): «National savings, economic welfare, and the structure of taxation», en Feldstein, M.S. (ed.), *Behavioural simulation methods in tax policy analysis*, NBER-The University of Chicago Press, 459-498, Chicago.

    COWELL, F.A. (1990): *Cheating the government: The economics of tax evasion*, Massachusetts MIT Press, Cambridge.

    HOOVER, K. (1984): «Comment on Frazer and Boland-II», *American Economic Review*, 74: 789-794.

    ——— 1988: *The New Classical Macroeconomics*, Blackwell, Oxford.

——— 1989: «Econometrics as Measurement», mimeo.

——— 1990: «Scientific Research Program or Tribe? A joint appraisal of Lakatos and the New Classical Macroeconomics», University of California, working Paper, 69, Davis.

——— 1991a: «Calibration and the Econometrics of the Macroeconomy», mimeo.

——— 1991b: comunicación privada.

MIRRLEES, J.A. (1971): «An exploration in the theory of optimum income taxation», *Review of Economic Studies*, 38: 175-208.

SEGURA, J. (1991): «Cambios en la política de defensa de la competencia y la política industrial», *Ekonomiaz*, 21: 32-49.

12. En el caso de que el original se acepte para su publicación, el autor o autora se compromete a satisfacer las recomendaciones y prescripciones de los informes de evaluación y presentar una versión mejorada. También deberá revisar las pruebas de imprenta en el plazo que se indique en cada momento.

13. Los autores o autoras recibirán como mínimo dos ejemplares del número de la revista en el que se publique el original.

6. **DERECHOS DE PROPIEDAD**

Ekonomiaz será recepcionista de todos los derechos de propiedad de los artículos originales recibidos y publicados que serán gestionados conforme a la licencia Creative Commons, incluyendo reconocimiento y no uso comercial ni de obras derivadas, salvo permiso y en las condiciones establecidas por el propietario de los derechos.

Relación de evaluadores que colaboran con EKONOMIAZ Revista vasca de Economía

Apellidos, Nombre	Organismo
Aixalá Pasto, José	Universidad de Zaragoza
Alcántara Escolano, Vicent	Universidad Autónoma de Barcelona
Alonso Carrera, Jaime	Universidad de Vigo
Altuzarra Artola, Amaia	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Alvarado García, Carlos Agustín	Universidad de Deusto
Alvarez Otero, Susana	Universidad de Oviedo
Álvarez Peralta, Ignacio	Universidad Complutense de Madrid
Ansuategi Cobo, Alberto	EHV-UPV Universidad del País Vasco
Aranguren Querejeta, María José	Universidad de Deusto - ESTE
Araujo de la Mata, Andrés	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Arévalo Tomé, Raquel	Universidad de Vigo
Arriola Palomares, Joaquín	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Arto Olaizola, Iñaki	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Astorkiza Ikazuriaga, Inmaculada	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Ayala Cañón, Luis	Ministerio de Economía y Hacienda
Bárcena Martín, Elena	Universidad de Málaga
Bastida Vilà, Benjamín	Universidad de Barcelona
Bermejo Gómez de Segura, Roberto	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Betzuen Zalbidegoitia, Amancio	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Bonilla Regadera, José Miguel	Tribunal Vasco Cuentas Públicas
Borrell Arqué, Joan Ramón	Universidad de Barcelona
Caballero Miguez, Gonzalo	Universidad de Vigo
Cabasés Hita, Juan Manuel	Universidad Pública de Navarra
Calero Pérez, Pedro	Universidad de Salamanca
Camarero Izquierdo, Carmen	Universidad de Valladolid
Cantarero Prieto, David	Universidad de Cantabria
Cantó Sánchez, Olga	Universidad de Vigo
Carpintero Redondo, Oscar	Universidad de Valladolid
Cerbán Jimenez, Maria del Mar	Universidad de Cádiz
Cuello de Oro Celestino, Diego Jesús	Universidad de Valladolid
Chamorro Gómez, José Manuel	EHU-UPV Universidad del País Vasco
De Pablo Valenciano, Jaime	Universidad de Almería
De Rus Mendoza, Ginés	Universidad de Las Palmas
Del Río Otero, Coral	Universidad de Vigo

Apellidos, Nombre	Organismo
Del Saz Salazar, Salvador	Universidad de Valencia
Del Valle Erkiaga, Ikerne	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Déniz Mayor, José Juan	Universidad de Las Palmas
Díez Roldán, Carmen	Universidad de Castilla-La Mancha
Durán Cabré, José María	Universidad de Barcelona
Elizagárate Gutierrez, Victoria	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Elizagárate Gutierrez Juan Carlos	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Escapa García, Marta	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Escudero de la Hera, Juan Carlos	Gobierno Vasco
Esteban Galarza, Marisol	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Esteller Moré, Alejandro	Universidad de Barcelona
Estoa Pérez, Abel	Comisión Nacional de la Energía
Ferreiro Aparicio, Jesús	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Freire Serén, María Jesús	Universidad de Vigo
Galarraga Gallastegui, Ibon	Naider
Galindo Martín, Miguel Ángel	Universidad de Castilla-La Mancha
Gallastegui Zulaica,Inmaculada	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Galve Górriz, Carmen	Universidad de Zaragoza
García Larragan, José Ignacio	Universidad Comercial de Deusto
García Montoya, Miguel Ángel	EHU-UPV Universidad del País Vasco
García Pérez, Carmelo	Universidad de Alcalá
Garmendia Ibañez, Jesús	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Garrido-Yserte, Rubén	Universidad de Alcalá
Gibaja Martins, Juan José	Universidad de Deusto-ESTE
González-Casimiro, Pilar	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Goñi Mendizabal, Igor	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Gracia Andía, Ana Belén	Universidad de Zaragoza
Gradín Lago, Carlos M.	Universidade de Vigo
Guillamón Martínez, David	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Gutiérrez Cillán, Jesús	Universidad de Valladolid
Gutiérrez Hurtado, Fco. Javier	Universidad de Valladolid
Hernández Carrión, Carlos	Universidad de Burgos
Herrero Alcalde, Ana	UNED
Hoyos Ramos, David	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Huerta Arribas, Emilio	Universidad Pública de Navarra
Iglesias Fernández, Carlos	Universidad de Alcalá

Apellidos, Nombre	Organismo
Labandeira Villot, Francisco Xavier	Universidad de Vigo
Larreina Díaz, Mikel	Universidad Comercial de Deusto
Lobejón Herrero, Luis Fernando	Universidad de Valladolid
López i Casasnovas, Guillem	Universitat Pompeu Fabra
Lorca Fernández, Pedro	Universidad de Oviedo
Madariaga Ibarra, Joseba A.	Universidad Comercial de Deusto
Mallor Giménez, Fermín	Universidad Pública de Navarra
Martín Guzmán, Pilar	Universidad Autónoma de Madrid
Mancha Navarro, Tomás	Universidad de Alcalá
Martínez Arnáiz, Alberto	EHV-UPV Universidad del País Vasco
Mogás Amorós, Joan	Universitat Rovira i Virgili
Moneva Abadía, José Mariano	Universidad de Zaragoza
Muñoz Cidad, Cándido	Universidad Complutense de Madrid
Murga Elexpuru, Mikel	Massachusets Institute of Technology (MIT)
Murua Múgica, Juan Ramón	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Navarro Arancegui, Mikel	Universidad de Deusto-ESTE
Ogando Canabal, Olga	Universidad de Valladolid
Ortún Rubio, Vicente	Universitat Pompeu Fabra
Otero Giráldez, María Soledad	Universidad de Vigo
Padilla Rosa, Emilio	Universidad Autónoma de Barcelona
Palacio Vera, Alfonso	Universidad Complutense de Madrid
Pascual Arzoz, Pedro	Universidad Pública de Navarra
Pascual Garcia de Azilu, Unai	Universidad de Manchester
Pena López, José Atilano	Universidade da Coruña
Peña Legazkue, Iñaki	Universidad de Deusto-ESTE
Pérez Arriaga, Ignacio	Universidad Pontifícia Comillas
Pérez García, Francisco	Universidad de Sevilla
Pina Martínez, Vicente	Universidad de Zaragoza
Planas Miret, Ivan	Universitat Pompeu Fabra
Plaza Inchausti, Mª Beatriz	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Ramos Morilla, Xavier	Universidad Autonóma de Barcelona
Rausell Köster, Pau	Universidad de Valencia
Raymond Bara, José Luis	Universidad Autónoma de Barcelona
Roca Jusmet, Jordi	Universidad Autónoma de Barcelona
Rodríguez Enríquez, Eduardo	Universidad de Oviedo
Rodríguez Fernández, José Miguel	Universidad de Valladolid

Apellidos, Nombre	Organismo
Rodríguez González, Carlos	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Rodríguez Saiz, Luis	Universidad Complutense de Madrid
Rojo Porras, Mª Paz	Gobierno Vasco
Romero Gil, Begoña	Sindicatura de Comptes-Valencia
Ruiz de Arbulo, Patxi	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Ruiz Elva, Vidal	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Sánchez Sánchez, Antonio	Universidad de Zaragoza
Sánchez Santos, José Manuel	Universidade da Coruña
Santibañez Gruber,Javier	Universidad Comercial de Deusto
Sanz Villarroya, Isabel	Universidad de Zaragoza
Sastre García, Mercedes	Universidad Complutense de Madrid
Segura Sánchez, Julio	Comisión Nacional del Mercado de Valores
Serrano Martinez, Lorenzo	Universitat de València
Serrano Pérez, Felipe	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Simón Fernández, Blanca	Universidad de Zaragoza
Soto Guinda, Joaquín	Ministerio de Economía y Hacienda
Tránchez Martín, Manuel	UNED
Utrilla De la Hoz, Alfonso	Universidad Complutense de Madrid
Velasco Barroetabeña, Roberto	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Verona Martel, María Concepción	Universidad de Las Palmas
Vilalta i Ferrer, Maite	Universidad de Barcelona
Vilardell Riera, Immaculada	Universidad Autónoma de Barcelona
Villarreal Larrinaga, Oskar	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Zabala Rabadán, Oskar	Ente Vasco de la Energía-EVE
Zarraga Castro, Amaia	EHU-UPV Universidad del País Vasco
Zurbano Irizar, Mikel	EHU-UPV Universidad del País Vasco

EKONOMIAZ

ÚLTIMOS NÚMEROS PUBLICADOS

53. La política de clusters en el País Vasco
54. El siglo XX en la historia económica del País Vasco: de la gran empresa a las pymes.
55. Inversión extranjera directa y procesos de deslocalización
56. Ciencia, tecnología innovación y sociedad.
57. Valoración de activos ambientales: la catástrofe del Prestige
58. Ciudades Región Globales. Espacios creatiovs y Nueva Gobernanza
59. Capital Social. Innovación Organizativa y Desarrollo Económico
60. La evaluación de las políticas públicas
61. Economía y derecho de la competencia
62. La actividad emprendedora como motor de desarrollo económico
63. Infraestructuras tecnológicas. Soporte de la Economía del siglo XXI
64. Desarrollo sostenible y Agenda 21 Local
65. Responsabilidad social de la empresa. Más allá de la sabiduría convencional
66. Claves del sistema financiero
67. Economía del cambio climático. Diseño de políticas de mitigación y adaptación
68. Grupos empresariales. Nuevos agentes económicos de decisión.
69. La política fiscal. Perspectivas actuales
70. Sistemas regionales de innovación
71. Sociedades en emergencia energética
72. La financiarización de la Economía. El fracaso del crecimiento dirigido por las finanzas
73. Nueva política de transporte para el siglo XXI. La respuesta al reto de la sostenibilidad
74. Gobernanza y competitividad territorial
75. Eco-innovación. Más allá de los factores, la productividad de los recursos naturales
76. Prospectiva y construcción de futuro
77. La nueva economía institucional
78. Industrias culturales y creativas en la sociedad del conocimiento desigual
79. El cooperativismo ante la globalización
80. De la nueva gestión pública a la gestión pública innovadora

PRÓXIMO NÚMERO

– La Europa del futuro: reforma institucional y económica

SUSCRIPCIÓN A EKONOMIAZ

Para suscribirse a *Ekonomiaz* deberá enviarse por correo postal el «Boletín de suscripción» debidamente rellenado acompañado de: o talón bancario a favor de la Tesorería General del Gobierno Vasco, o copia del resguardo de la transferencia bancaria a la cuenta abajo indicada.

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Nombre o Razón Social .....
Domicilio .....
Localidad ..... D.P. .....
Provincia o País .....
DNI/NIF ..... Tfno. .....

TARIFAS: Suscripción anual (3 números)
Particulares: 18 euros
Instituciones y empresas: 30 euros
Librerías: 24 euros
Números sueltos: 12 euros

PAGO ☐ Talón bancario a favor de «Tesorería General del Gobierno Vasco»
☐ Transferencia bancaria a la cuenta de Caja Vital: 2097 0178 17 0010964270

Firma o Sello

EKONOMIAZ

Ekonomia eta Ogasun Saila / Dpto. de Economía y Hacienda
Eusko Jaurlaritza/Gobierno Vasco. Donostia-San Sebastián z/g – 01010 Vitoria-Gasteiz
Tfno.: 945 019 038 – Fax: 945 019 062
E-mail: economia@ej-gv.es
http://www1.euskadi.net/ekonomiaz

EKONOMIAZ ALDIZKARIAREN HARPIDETZA

Ekonomiaz aldizkariaren harpidetza egiteko «Harpidetza orria»ren datuak bete behar dira. Gero Eusko Jaurlaritzako Altxortegi Orokorraren izenean egindako banku taloia edo behean adierazten den kontu zenbakira bidalitako transferentziaren ordezkagiriaren kopia eta harpidetza orria bidali iezaizkiguzu.

HARPIDETZA-ORRIA

Interesatuaren edo Sozietatearen Izena .....
Helbidea .....
Herria ..... P. K. .....
Probintzia edo Herrialdea .....
NAN/IFZ ..... Tlf. .....

TARIFAK: Urteko Harpidetza (3 ale)
Partikularrak: 18 euro
Erakunde eta enpresak: 30 euro
Liburutegiak: 24 euro
Ale solteak: 12 euro

ORDAINKETA: ☐ Banku-taloia «Eusko Jaurlaritzako Altxortegi Orokorra»
☐ Banku-transferentzia. Vital Kutxa: 2097 0178 17 0010964270

Sinadura edo zigilua

EKONOMIAZ

Ekonomia eta Ogasun Saila / Dpto. de Economía y Hacienda
Eusko Jaurlaritza/Gobierno Vasco. Donostia-San Sebastián z/g – 01010 Vitoria-Gasteiz
Tfno.: 945 019 038 – Fax: 945 019 062
E-mail: economia@ej-gv.es
http://www1.euskadi.net/ekonomiaz

SUBSCRIPTION TO EKONOMIAZ

In order to subscribe to *Ekonomiaz* please mail a duly filled-in «Subscription Form» together with either a cheque made out to the name of Tesorería General del Gobierno Vasco, or copy of the receipt of a bank transfer to following bank account:

SUBSCRIPTION FORM

Name .....
Address .....
Town/Village ..... Postal Code .....
Province or Country .....
Identity card number ..... Tel. .....

TARIFFS: Anual subscription (3 issues)
Private individuals: 18 euro
Institutions and enterprises: 30 euro
Bookshops: 24 euro
Single issues: 12 euro

PAYMENT ☐ Bank cheque made out to «Tesorería General del Gobierno Vasco»
☐ Bank transfer to the account at Caja Vital: 2097 0178 17 0010964270

Signature or Stamp

EKONOMIAZ

Ekonomia eta Ogasun Saila / Dpto. de Economía y Hacienda
Eusko Jaurlaritza/Gobierno Vasco. Donostia-San Sebastián z/g – 01010 Vitoria-Gasteiz
Tel: 945 019 038 – Fax: 945 019 062
E-mail: economia@ej-gv.es
Http://www1.euskadi.net/ekonomiaz