La sostenibilidad del gasto social en las haciendas autonómicas. Perspectivas 2018-2030

Susana Borraz Perales (Coordinadora)
Ana Aguerrea Alzualde
César Cantalapiedra López
Montaña González Broncano
Javier Serrano Martínez

funcas

La sostenibilidad del gasto social en las haciendas autonómicas. Perspectivas 2018-2030

Susana Borraz Perales (Coordinadora)
Ana Aguerrea Alzualde
César Cantalapiedra López
Montaña González Broncano
Javier Serrano Martínez

Funcas

PATRONATO

Isidro Fainé Casas
José María Méndez Álvarez-Cedrón
Fernando Conlledo Lantero
Carlos Egea Krauel
Miguel Ángel Escotet Álvarez
Amado Franco Lahoz
Manuel Menéndez Menéndez
Pedro Antonio Merino García
Antonio Pulido Gutiérrez
Victorio Valle Sánchez
Gregorio Villalabeitia Galarraga

DIRECTOR GENERAL

Carlos Ocaña Pérez de Tudela

Impreso en España
Edita: Funcas
Caballero de Gracia, 28, 28013 - Madrid
© Funcas

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, *offset* o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

ISBN: 978-84-17609-53-5
Depósito legal: M-16681-2021
Imprime: Cecabank

Equipo de trabajo*

Analistas Financieros Internacionales, Afi

Coordinación

Susana Borraz Perales

Coautores

Ana Aguerrea Alzualde
Susana Borraz Perales
César Cantalapiedra López
Montaña González Broncano
Javier Serrano Martínez

* Agradecemos la colaboración de José Antonio Herce y el asesoramiento de Félix Lobo en el capítulo final.

Sumario

Introducción 11

Capítulo 1.- La sostenibilidad financiera de las haciendas territoriales: evolución reciente y perspectivas de futuro **15**

1.1. Evolución del gasto no financiero: corriente y de capital 16

1.1.1. Evolución de los gastos no financieros autonómicos totales 16

1.1.2. Evolución de los gastos no financieros por comunidad autónoma 21

1.2. Comportamiento de los ingresos y de los recursos del SFA 22

1.2.1. Evolución de los ingresos no financieros autonómicos totales 22

1.2.2. Heterogeneidad en la evolución de los recursos por comunidades autónomas. Influencia de la dinámica económica regional 27

1.2.3. Evolución de los resultados del SFA 29

1.3. Evolución y situación de llegada en 2018 desde las magnitudes de solvencia en las haciendas territoriales 34

1.4. El impacto de las reglas fiscales sobre el gasto 39

1.5. Escenarios de gasto en un marco de sostenibilidad financiera 48

Capítulo 2.- La trayectoria del gasto social en las haciendas territoriales: distribución competencial, evolución reciente y principales referentes **55**

2.1. Las competencias de gasto en servicios públicos fundamentales y análisis de su trayectoria 55

2.1.1. Distribución del gasto en servicios públicos fundamentales por niveles de gobierno 58

2.1.2. Evolución del gasto en los servicios públicos fundamentales por componentes 64

2.1.2.1. Evolución por componentes del gasto sanitario 64

2.1.2.2. Evolución por componentes del gasto educativo 65

2.2. El problema de la sostenibilidad de los programas territoriales de bienestar en ausencia de recursos afectados a su financiación. Posicionamiento de España en el contexto internacional: criterios y *benchmarking* 67

2.2.1. El gasto en sanidad en el contexto internacional: avances en materia de sostenibilidad fiscal 67

2.2.2. El gasto en educación en el contexto internacional 76

2.2.3. Gasto en servicios sociales, con detalle del gasto en dependencia (SAAD) 87

2.2.3.1. Gasto en cuidados de larga duración (o dependencia) en el contexto de la OCDE 87

2.2.3.2. Otros gastos de carácter social en el contexto internacional 91

Capítulo 3.- Proyecciones de gasto en servicios públicos fundamentales según distintos escenarios de evolución 95

3.1. Punto de partida del escenario base: las proyecciones demográficas por comunidades autónomas para el periodo 2018-2030 95

3.2. Metodología y elaboración de las proyecciones de gasto sanitario hasta 2030 101

3.2.1. Base teórica y aplicación de la proyección de gasto sanitario 101

3.2.1.1. Fundamentos teóricos para la proyección de gasto sanitario 101

3.2.1.2. Estimación de la curva de gasto en atención especializada per cápita por perfil de edad y sexo 105

3.2.1.3. Estimación de la curva de gasto en atención primaria per cápita por perfil de edad y sexo 108

3.2.1.4. Estimación de la curva de gasto farmacéutico per cápita por perfil de edad y sexo 115

3.2.2. Proyección de gasto sanitario: resultados del escenario base 118

3.2.2.1. Punto de partida del gasto sanitario para la realización de las proyecciones por categoría de gasto 118

3.2.2.2. Resultados de las proyecciones de gasto sanitario por comunidad autónoma según escenario base para 2018-2030 120

3.2.3. Escenario complementario aplicado al gasto sanitario 132

3.2.3.1. El papel de la tecnología en el gasto sanitario. Revisión de la literatura y aplicación al modelo 132

3.2.3.2. Evidencias del impacto de otros factores en el gasto sanitario por la aplicación del enfoque demográfico en ejercicios cerrados 136

3.2.3.3. Proyecciones del gasto sanitario para escenario complementario de variabilidad de factores distintos de los demográficos 141

3.3. Metodología y elaboración de las proyecciones de gasto educativo hasta 2030 144

3.3.1. Fundamentos teóricos para la proyección de gasto educativo 144

3.3.2. Estimación de la curva de gasto de educación no universitaria per cápita por perfil de edad 147

3.3.3. Particularidades de las curvas de gasto en educación universitaria 150

3.3.4. Curvas del gasto público en educación per cápita y por CC.AA. 153

3.3.5. Resultados de las proyecciones de gasto educativo por comunidad autónoma según escenario base para 2018-2030 154

3.3.6. Escenario complementario aplicado al gasto educativo 161

3.4. Metodología y elaboración de la proyección de gasto público en dependencia hasta 2030 164

3.4.1. Singularidad del gasto público en dependencia: heterogeneidad en la implantación del SAAD en las comunidades autónomas 164

3.4.2. Metodología ad hoc *para la elaboración de proyecciones de gasto público en dependencia de las comunidades autónomas bajo un escenario básico (continuidad en el ritmo de implantación del SAAD)* 172

3.4.3. Estimación de la proyección de gasto en dependencia: resultados del escenario base 174

3.4.4. Escenarios complementarios del coste del SAAD: hacia la plena implantación 175

3.4.4.1. Estimaciones sobre el coste de la implantación plena del SAAD 175

3.4.4.2. Proyecciones del gasto en dependencia para un escenario complementario de eliminación de la tasa de limbo en 2020 183

3.5. Metodología y elaboración de la proyección de gasto social (excluido dependencia) hasta 2030 192

3.5.1. Análisis del gasto en servicios sociales 2006-2017 192

3.5.2. Las variables explicativas del gasto en servicios sociales 196

3.5.3. Definición del modelo explicativo del gasto en servicios sociales 200

3.5.3.1. Propuesta de modelos econométricos 200

3.5.3.2. Modelo econométrico final 204

3.5.4. Proyección de las variables explicativas y del gasto en servicios sociales 209

3.5.4.1. Proyección variables exógenas: productividad y tasa de paro de larga duración 209

3.5.4.2. Resultados de las proyecciones del gasto en servicios sociales por CC.AA. 211

Capítulo 4.- Conclusiones sobre la sostenibilidad fiscal del gasto autonómico social: escenario base y complementarios 219

Capítulo 5.- Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 sobre el nivel de gasto público social autonómico en el medio y largo plazo **233**

5.1. Impacto sobre el nivel de gasto sanitario 237

5.1.1. El desarrollo de la eSalud en el corto y medio plazo 237

5.1.2. Refuerzo de la política de recursos humanos 245

5.1.3. Potenciación de la función de Salud Pública 256

5.1.4. Ampliación y renovación del equipamiento tecnológico sanitario 260

5.2. Impacto sobre el nivel de gasto educativo 268

5.3. Impacto sobre el nivel de gasto en dependencia 271

5.4. Nuevo escenario del gasto social autonómico tras la pandemia 275

Anexos **281**

INTRODUCCIÓN

La relevancia del gasto en los servicios públicos fundamentales –sanidad, educación y servicios sociales– se fundamenta en su impacto social y el peso que mantiene principalmente sobre las haciendas autonómicas. Las previsiones demográficas vienen alertando desde hace tiempo de los retos que supone el envejecimiento progresivo sobre el gasto público, y a su vez las bajas tasas de natalidad sobre los ingresos a largo plazo.

Es conveniente subrayar que la elaboración de este trabajo es previa a la crisis del coronavirus, que por su dimensión sin duda condiciona los resultados obtenidos, como no puede ser de otra manera, al afectar al núcleo del Estado de bienestar. La reciente pandemia de la COVID-19 ha puesto aún mayor énfasis en la vulnerabilidad del gasto público y la propia dinámica de crecimiento de las economías sin una planificación adecuada de los recursos para afrontar situaciones de emergencia sanitaria como las actuales.

La demanda de la sociedad a sus gobiernos para legitimar una cobertura suficiente y sostenible de los sistemas de salud será mucho más acuciante en el escenario pospandemia, acentuando las tendencias que hemos identificado en este trabajo; a diferencia de la última crisis económica, que exigió a las haciendas autonómicas no solo poner freno a un crecimiento sostenido del gasto en estos servicios básicos, sino en muchos casos aplicar ajustes significativos para asegurar el proceso de consolidación presupuestaria. No obstante, el reto demográfico persiste y este puede tener un alcance muy distinto entre comunidades autónomas. Por este motivo, en una primera fase el objeto de este análisis es elaborar proyecciones de gasto social autonómico a partir de las previsiones demográficas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y verificar si se generan efectos asimétricos sobre el gasto de las comunidades autónomas. En este trabajo, estos efectos se han puesto en contraste con el "corsé" de las reglas fiscales incluidas en la Ley de Estabilidad Presupuestaria, actualmente en suspenso, y en particular la regla de gasto, bajo la hipótesis –en un escenario económico prepandemia– de que el resto de factores permanecieran constantes.

No hemos limitado el estudio a la estimación del impacto demográfico, sino que también hemos definido varios escenarios complementarios, uno para cada servicio esencial, a partir de los factores o necesidades de avanzar en el alcance de las prestaciones que hemos considerado más relevantes. Estos supuestos perfilan una senda de mínimos de la evolución del gasto social en el medio plazo. Dado que las proyecciones de gasto social autonómico resultantes se elaboraron en un contexto anterior a la pandemia, se ha incluido un capítulo adicional en el que hemos tratado de identificar los epígrafes de gasto que van

a soportar mayor presión al alza en los próximos años. Por ejemplo, se abordan las perspectivas a medio y largo plazo en el necesario impulso de la digitalización sanitaria y educativa, la adecuación de los niveles de inversión en salud pública a los estándares europeos, y el refuerzo de la política de recursos humanos, tanto desde la perspectiva del dimensionamiento de la plantilla, como del nivel retributivo. Este ejercicio de proyección tiene por objetivo esbozar un posible escenario del gasto social autonómico en un contexto en el que es de esperar un retorno progresivo a la disciplina fiscal, recuperando de nuevo los objetivos de estabilidad presupuestaria, tanto de déficit como deuda y regla de gasto. Asimismo, los últimos acontecimientos han concentrado también el interés en la situación de las prestaciones por dependencia en nuestro país, y en particular, el nivel de implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), el tercer pilar de los servicios públicos fundamentales. En este trabajo se ponen de manifiesto las limitaciones a nivel de datos e información oficial para poder elaborar proyecciones rigurosas. La problemática parte de una fuerte dispersión normativa con grandes diferencias en aspectos económicos tan relevantes como la regulación del copago en cada comunidad autónoma y por otro lado, la desigual implantación del sistema, con tasas significativas de "limbo" (dependientes reconocidos aún pendientes de recibir la prestación). Sin entrar en la suficiencia general de las prestaciones, nuestro estudio concluye sobre las necesidades económicas que derivarían de un ritmo superior de reconocimiento de los solicitantes como de la ampliación efectiva de la cobertura a todos los beneficiarios con derecho a prestación. No obstante, del mismo modo que advertimos con el gasto sanitario, el modelo de dependencia tras la crisis ha confirmado problemas de fondo que van a implicar las necesidades de reforzar la asignación de recursos públicos: desde la revisión del actual modelo residencial a la necesidad, como advierten los organismos internacionales, de mejorar la coordinación con los servicios sanitarios. En cualquier caso, como veremos en el epígrafe 2.2., España se sitúa en las posiciones finales de recursos destinados a dependencia frente a las principales referencias internacionales, en particular los países nórdicos con sistemas mucho más desarrollados.

Como señalamos, este estudio se elaboró con el objetivo de estudiar la sostenibilidad financiera del gasto social autonómico. Con este propósito, el capítulo 1 hace un balance de la situación de partida de las haciendas autonómicas y la dinámica de su gasto social, que representa un tercio del gasto público del conjunto de administraciones. El capítulo se cierra con una senda de sostenibilidad financiera basada en una previsión de la regla de gasto real (previsiones anteriores al COVID-19) y una posible trayectoria del gasto no financiero autonómico en su conjunto, dentro del cual debería encajar la evolución del gasto social analizado. El capítulo 2 se centra en la distribución de dicho gasto en servicios públicos fundamentales por niveles de gobierno, constatando que las comunidades autónomas son las principales gestoras del mismo. Ade-

más, se ha incluido una aproximación a la trayectoria reciente de este tipo de gasto por sus principales componentes, que serán en capítulos posteriores el punto de partida para la elaboración de las previsiones. Para cerrar el capítulo de sostenibilidad del gasto social, también se ha incluido una aproximación a los referentes internacionales en los distintos tipos de gasto, en particular con respecto a aquellos indicadores que ponen en relación los empleos no financieros con la riqueza de cada país. El capítulo 3 se ha destinado de forma exclusiva a la elaboración de las proyecciones de gasto, tanto en el escenario base o estrictamente bajo la hipótesis de variación de los factores demográficos, como en la definición de los complementarios. En este sentido, se dedica un epígrafe específico a la descripción de las previsiones demográficas que facilita el INE y que son la base de los resultados proyectados en gasto. Se explican también los fundamentos teóricos y una revisión de la literatura disponible en cada caso.

El capítulo 4 recoge las conclusiones del estudio previo a la pandemia, diferenciando los resultados de dos escenarios, el de las necesidades de gasto explicadas estrictamente por factores demográficos (base o demográfico), y las que se deducen al incorporar factores o cambios en la política de gasto orientados a incrementar la cobertura que constituyen escenarios complementarios (por ejemplo, convergencia de gasto a estándares de la UE, eliminación de la tasa de limbo en el SAAD).

No obstante, no se podía obviar en este análisis la irrupción de la pandemia por lo que se ha elaborado un capítulo 5 adicional. En este último capítulo, se analizan las posibles consecuencias sobre el gasto social autonómico en el actual escenario pospandemia, introduciendo hipótesis que recojan el aumento previsible de la presión política y social para elevar la calidad y la dimensión de los servicios públicos fundamentales. Entre otras actuaciones posibles, se recoge el refuerzo de la política de recursos humanos ligada a estos servicios esenciales, las necesidades que se han evidenciado en materia de salud pública, la inversión que exige la digitalización de estos servicios para una aproximación más eficiente a los usuarios y la renovación de equipamiento tecnológico.

Capítulo 1

LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LAS HACIENDAS TERRITORIALES: EVOLUCIÓN RECIENTE Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Este capítulo introductorio analiza la trayectoria de las comunidades autónomas (CC.AA.) como principales prestadoras de los servicios sociales básicos (sanidad, educación y servicios sociales, incluida dependencia) en lo que respecta a su sostenibilidad financiera entre los años 2006-2018.

En este período se han sucedido etapas tanto de expansión económica, como de crisis y posterior recuperación, que nos permiten observar el comportamiento de los ingresos y gastos no financieros, así como de las principales magnitudes de solvencia. El objetivo de esta evaluación es proyectar posibles escenarios de sostenibilidad financiera del gasto no financiero autonómico en su conjunto que sirvan de marco para valorar las proyecciones que se realizan en los capítulos posteriores.

En este sentido, debe tenerse en cuenta las diferencias que suscita el concepto de sostenibilidad financiera cuando no existen ingresos específicos finalistas asociados a la prestación de estos servicios, como ocurre en cambio en el sistema de la Seguridad Social. Por tanto, es preciso dedicar parte del capítulo a la revisión del marco actual de la sostenibilidad financiera, y, en concreto, de las reglas fiscales contenidas en la normativa vigente española y sus consecuencias. Los ejercicios prospectivos de necesidades de gasto social elaborados en el marco de este proyecto deberán enfrentarse, no solo al ajuste del gasto computable a la evolución del PIB a medio plazo (regla de gasto), sino a una senda estricta de reducción del nivel de deuda en el medio plazo para alcanzar los objetivos previstos en la norma.

Del contraste de las previsiones inerciales del "escenario base" para el gasto social autonómico, esto es, afectado exclusivamente por las proyecciones demográficas[1], con las restricciones que imponen las reglas vigentes, tendrán que extraerse soluciones que permitan adaptar la realidad de las necesidades básicas de gasto con la sostenibilidad financiera, la revisión de algunas de las reglas o bien, la búsqueda de nuevos ingresos tributarios permanentes –tal como prevé la normativa de estabilidad– o la adopción de reformas estructurales en la prestación de alguno de estos servicios.

[1] Resto de factores constantes (tecnología, precio, etc.).

Por tanto, el comportamiento pasado de ingresos y gastos nos ayudará a analizar el margen de maniobra del que dispone el gasto social autonómico tendencial para no desviarse del cumplimiento de las principales reglas fiscales al que las administraciones territoriales han acabado convergiendo mayoritariamente en 2018.

1.1. Evolución del gasto no financiero: corriente y de capital

1.1.1. Evolución de los gastos no financieros autonómicos totales

Cualquier análisis del gasto autonómico en servicios públicos fundamentales (sanidad, educación y protección social) exige en primer lugar evaluar la trayectoria del conjunto de empleos no financieros, ya que los primeros suponían cerca del 68% en 2017[2] del gasto no financiero de las comunidades autónomas.

El análisis de los gastos se ha realizado en términos ajustados[3] para un período lo suficientemente extenso que permita describir la trayectoria del gasto, tanto en la etapa de expansión económica, como en los ejercicios de profunda recesión y posterior recuperación económica. Por esta razón se ha utilizado como referencia un periodo de doce años (2006-2018) que permita conocer hasta qué punto el retorno a tasas de crecimiento económico ha supuesto una reversión de los ajustes en el gasto que se han aplicado durante el proceso de consolidación presupuestaria.

En los doce años del periodo de referencia, los empleos no financieros ajustados han crecido a una tasa media anual del 1,7% (+22,3% acumulado en el período 2006-2018).

Este ciclo ha estado marcado por cuatro etapas económicas, que han provocado un comportamiento muy diferenciado entre gastos corrientes y de capital:

- Etapa de crecimiento (2006-2009). En este período, los gastos no financieros registran un crecimiento del 8,4% en tasa media anual, alcanzando un máximo de 188.000 millones de euros en 2009[4], ya iniciada la crisis

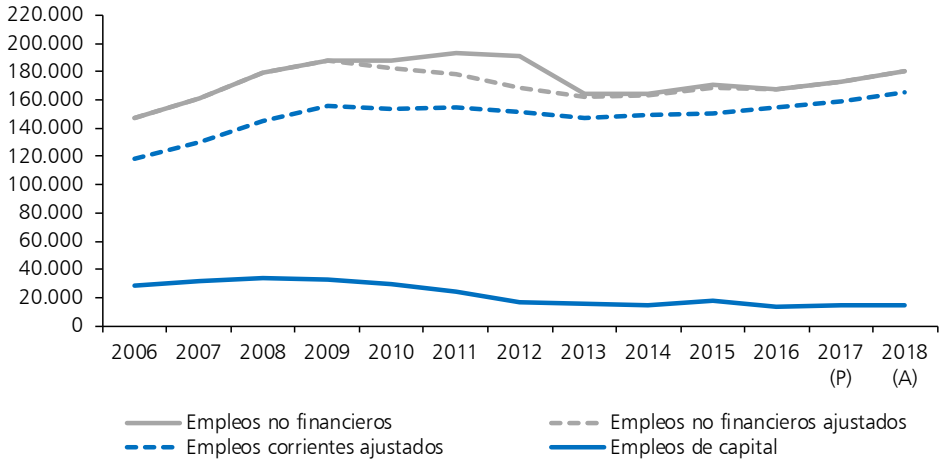
[2] Datos de contabilidad nacional según clasificación COFOG.

[3] El término de "ajustados" se aplica tras descontar de los mismos las liquidaciones negativas del sistema de financiación autonómica correspondiente a dos ejercicios anteriores que ha supuesto en contabilidad nacional una imputación de un gasto especialmente elevado en algunos ejercicios (liquidaciones negativas de los fondos del SFA, del IVA y de II.EE.). Se trata de una operación contable que no tiene reflejo en el flujo real de gastos, y sin embargo, sobrevalora los recursos desde la misma perspectiva.

[4] Empleos no financieros sin ajustar. Con el ajuste de las imputaciones contables de liquidaciones negativas suponen 187.917 millones en 2009.

GRÁFICO 1.1.

EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS NO FINANCIEROS AJUSTADOS EN EL PERÍODO 2009-2018 (Millones de euros)



Fuentes: IGAE. Contabilidad nacional, informes definitivos del sistema de financiación autonómica (SFA).

económica y financiera. Este comportamiento inercial del gasto se explica por el funcionamiento del sistema de financiación autonómica (en adelante, SFA). Aunque la desaceleración se inició en 2007, su impacto no es significativo en ingresos hasta dos años después[5], y únicamente los empleos de capital registran una contención al final de la etapa.

- Etapa de crisis y estancamiento (2009-2013). Los gastos no financieros acusan un ajuste de casi 20.000 millones de euros en los tres primeros años como consecuencia de diversos factores. Entre ellos, cabe destacar: el reflejo tardío de la crisis económica en el nivel de recursos, el impacto contable de las liquidaciones negativas correspondientes a los ejercicios 2008 y 2009, los ajustes impuestos en materia de personal y la contención del gasto en dependencia tras la aprobación de sendos decretos leyes por parte del Estado entre 2011 y 2012[6].

[5] En 2009 las entregas a cuenta de las comunidades registraron unas elevadas tasas de crecimiento, sin correlación con la contracción que ya estaba registrando en ese momento la recaudación de las principales figuras impositivas.

[6] En concreto, fueron el Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, y al año siguiente, el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que incluyó entre otras disposiciones, la supresión de la segunda paga extra a los funcionarios. Esta normativa facilitó la reducción del gasto no financiero entre 2012 y 2013.

El RDL 20/2011 estableció múltiples medidas de racionalización en materia de personal que contribuyeron a la caída del gasto en el ejercicio 2012 y posteriores. Entre ellas cabe citar:

- La congelación de las retribuciones del personal al servicio del sector público, que no podían crecer con respecto a las vigentes a 31 de diciembre de 2011.

- La limitación a la realización de aportaciones a planes de pensiones de empleo o contratos de seguro colectivos que incluyeran la cobertura de la contingencia de jubilación.

- Restricciones a la incorporación de nuevo personal. Solo quedaban excepcionados los casos que se pudieran derivar de la ejecución de procesos selectivos correspondientes a ofertas de empleo público de ejercicios anteriores. Solo en algunos sectores esta restricción se limitó a la aplicación de una tasa de reposición del 10%.

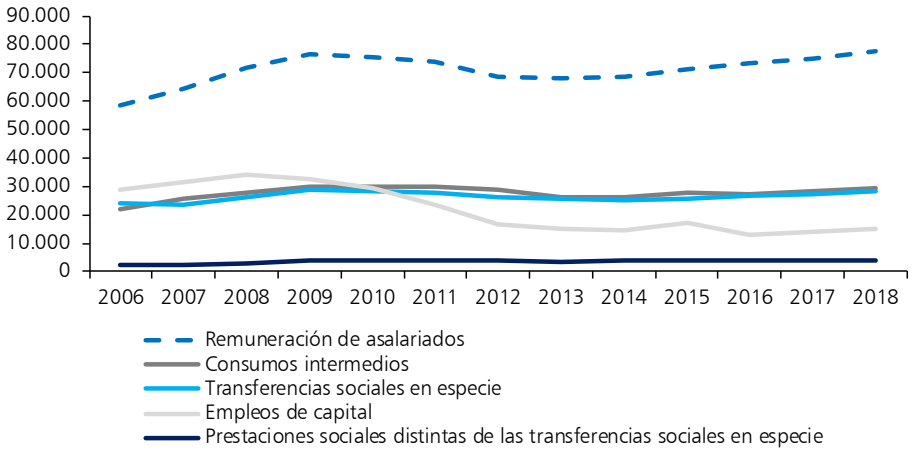
El RDL 20/2012 incluyó la eliminación de la segunda paga extra a los funcionarios, que ha sido devuelta de forma progresiva en los años de recuperación, y una serie de medidas orientadas a racionalizar el sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD)[7], que prácticamente acababa de arrancar. Entre las disposiciones con mayor impacto en la contención del gasto, cabe destacar la reducción de las cuantías máximas de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, y, por otra, la contención del gasto correspondiente al Estado a través de la reducción de las cuantías del nivel mínimo de financiación del SAAD, lo que ralentizó la aplicación definitiva del SAAD y limitó su alcance.

El gráfico 1.2. muestra el impacto directo de estas medidas en el nivel de gasto no financiero por cada uno de los principales epígrafes (en todo el periodo). Como puede apreciarse, el ajuste más intenso se concentró en 2012-2013 en la remuneración de asalariados, como resultado de la eliminación de pagas y la reducción de plantillas (por la menor reposición), y en los empleos de capital, que constituyen el epígrafe más flexible para aplicar ajustes. El consumo intermedio y la producción adquirida en el mercado –que incluye el gasto farmacéutico– registraron reducciones más tímidas, mientras las prestaciones sociales distintas de las transferencias en especie se han mantenido estancadas durante los doce años

[7] Aprobado mediante la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

GRÁFICO 1.2.

EVOLUCIÓN DE LAS PRINCIPALES PARTIDAS DE GASTO CORRIENTE EN 2006-2018 (Millones de euros)



Fuente: IGAE. Contabilidad nacional.

del período de análisis. El retroceso en la aplicación de la normativa sobre dependencia explica buena parte de esta evolución.

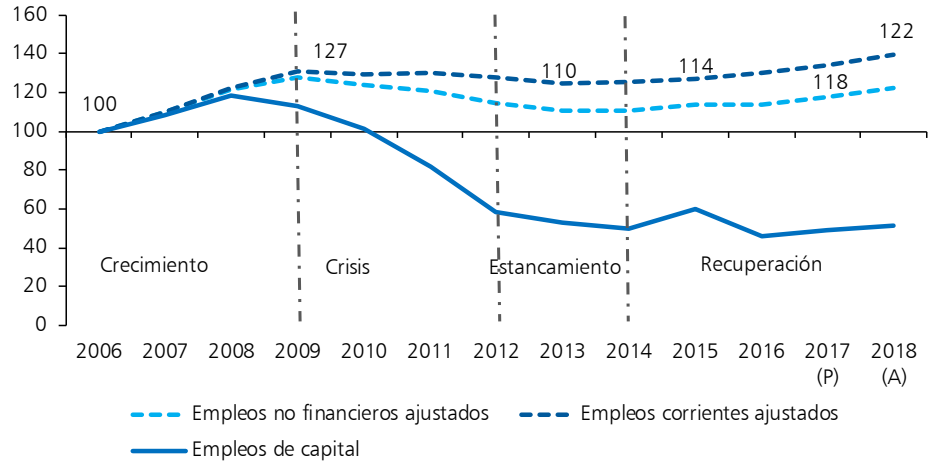
La tasa media anual de variación se sitúa en esta etapa en el -3,5% *i.a.* Los gastos más afectados se concentraron en los capítulos de capital, con una abrupta caída del 48% acumulado hasta 2012. La partida más relevante en los gastos de capital, la formación bruta de capital fijo, disminuyó a una tasa media anual del 20%. Sin embargo, se logró mantener estable el nivel de gasto corriente durante este período –principalmente, el vinculado a la prestación de servicios básicos–, evitando concentrar recortes en las partidas de bienestar social.

- Etapa de recuperación (2014-2018). El progresivo retorno a tasas de crecimiento económico positivo ha permitido devolver la evolución del gasto total a una tasa media anual positiva del 2,5% en el período. Este crecimiento se ha trasladado en mayor medida a las partidas de gasto corriente, mientras que el gasto en capital continúa prácticamente estancado, lo que representa un freno en términos de generación de capacidad económica futura.

Si el análisis lo limitamos al periodo de referencia del actual SFA, se verifica que en 2018 los gastos se sitúan aún un 4% por debajo de 2009, su año de

GRÁFICO 1.3.

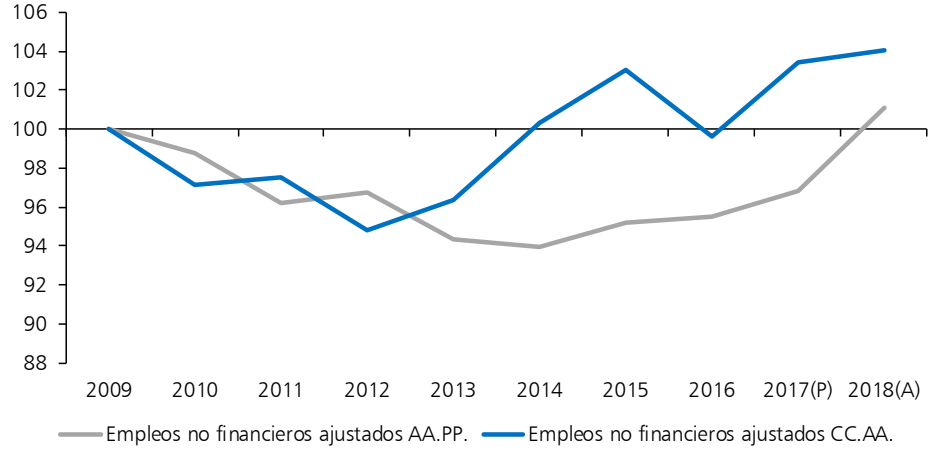
EVOLUCIÓN DE LAS ETAPAS DE LOS GASTOS NO FINANCIEROS AJUSTADOS EN EL PERÍODO 2009-2016 (Índice base 100=año 2006)



Fuentes: Contabilidad nacional, informes definitivos del sistema de financiación autonómica.

GRÁFICO 1.4.

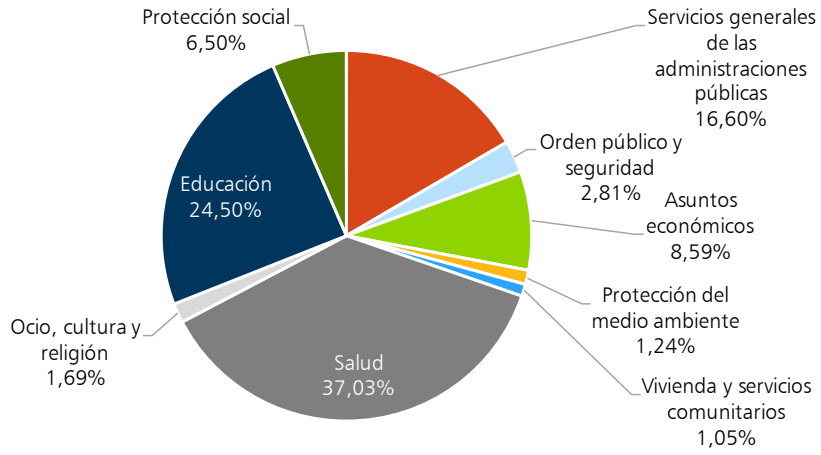
EVOLUCIÓN DEL GASTO NO FINANCIERO AJUSTADO CC.AA. Y AA.PP. (Año base 100 = 2009)



Fuentes: IGAE. Contabilidad nacional e informes definitivos del sistema de liquidación.

GRÁFICO 1.5.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO FUNCIONAL DEL CONJUNTO DE CC.AA. (Año 2017)



Fuente: COFOG.

entrada en vigor. Las reglas fiscales[8] a las que se encuentran supeditadas las comunidades autónomas desde su puesta en marcha en 2012, han logrado moderar el ritmo de crecimiento de los gastos previo a la crisis (+2,5% en media anual entre 2014 y 2018 en contraste con el 8,4% en media anual en la etapa de expansión previa a la crisis).

Si comparamos la evolución del gasto no financiero autonómico con la del conjunto de administraciones públicas estableciendo como año base el ejercicio 2009, se observa que la recuperación ha sido más lenta en el agregado de administraciones que en el sector regional.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que, como veremos más adelante, una parte importante del gasto soportado por las regiones –en torno al 68%– se destina a los servicios públicos fundamentales: sanidad (37%), educación (24,5%) y protección social (6,5%).

1.1.2. Evolución de los gastos no financieros por comunidad autónoma

La dinámica conjunta de los gastos no financieros en los últimos doce años recoge una evolución muy heterogénea de los mismos a nivel de comunidad autónoma. Si bien es cierto que todas las regiones han recuperado el nivel de

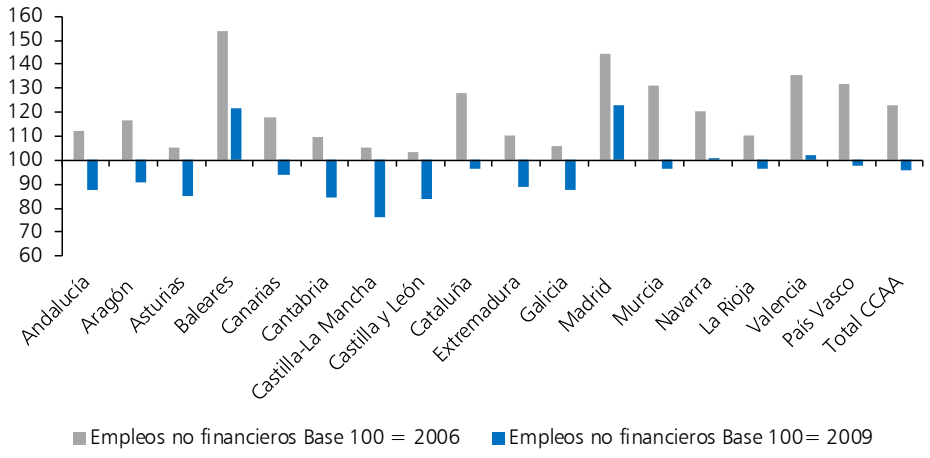
[8] Recogidas en la Ley de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera aprobada en 2012.

gasto registrado antes de la crisis, se detectan diferencias significativas entre ellas. Mientras que algunas comunidades como Baleares, Madrid, Valencia, País Vasco y Murcia superan con creces el crecimiento medio de gasto regional (23% acumulado desde 2006), otras como Castilla y León, Castilla–La Mancha, Asturias, Galicia, La Rioja y Cantabria apenas avanzan un 10%.

Las diferencias son aún más relevantes si limitamos el periodo de referencia a 2009-2018. Con este horizonte, solo cuatro comunidades autónomas –Madrid (+23%), Baleares (+22%), Valencia (+2%) y muy ligeramente Navarra– han conseguido recuperar el nivel de gasto inicial. En el otro extremo, las regiones que registran un crecimiento más moderado del gasto y que todavía no lo han situado en niveles de 2009 son: Castilla – La Mancha (-23%), Castilla y León (-16%), Cantabria (-16%), Asturias (-15%), Andalucía (-12%), Galicia (-12%) y Extremadura (-11%).

GRÁFICO 1.6.

EMPLEOS NO FINANCIEROS 2018 SOBRE BASE 100= 2006 Y BASE 100= 2009



Fuente: IGAE. Contabilidad nacional.

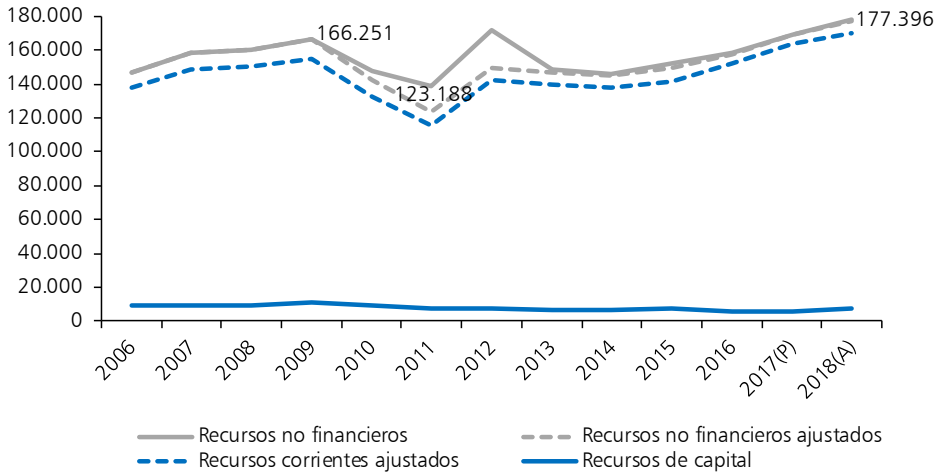
1.2. Comportamiento de los ingresos y de los recursos del SFA

1.2.1. Evolución de los ingresos no financieros autonómicos totales

El análisis del comportamiento de los gastos no financieros de las comunidades autónomas, y en particular de los destinados a los servicios públicos

GRÁFICO 1.7.

EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS NO FINANCIEROS AJUSTADOS EN EL PERÍODO 2009-2018 (Millones de euros)



Fuentes: IGAE. Contabilidad nacional, Informes definitivos del sistema de financiación autonómica.

fundamentales, no puede desligarse de la trayectoria de los recursos no financieros[9]. El análisis del ingreso se realiza también en el marco temporal de los últimos doce años (2006-2018), aunque en algunos casos se colocará también el arranque en el ejercicio 2009, coincidiendo con la agudización de la crisis económica y financiera.

En la evolución de los recursos no financieros para el periodo 2006-2018, de forma equivalente a los empleos no financieros, podemos distinguir hasta cuatro etapas distintas, con un comportamiento muy paralelo de los recursos corrientes (gráfico 1.7.). Entre 2006 y 2009 los ingresos no financieros mantuvieron tasas de crecimiento significativas (+4,2% en promedio anual), alcanzando un máximo de más de 166.000 millones de euros.

Sin embargo, la agudización de la crisis económica y la confluencia de otras circunstancias específicas ligadas al funcionamiento del SFA, en particular las liquidaciones negativas correspondientes a 2008 y 2009[10], determinaron

[9] Al igual que se hizo con la serie de gastos no financieros, se toma como referencia los recursos no financieros en contabilidad nacional en términos ajustados. El término de "ajustados" se aplica tras descontar de los mismos las liquidaciones negativas del SFA correspondiente a dos ejercicios anteriores que ha supuesto en contabilidad nacional una imputación de mayor gasto (liquidaciones negativas de los fondos del SFA, del IVA y de II.EE.).

[10] Con impacto en cuentas dos ejercicios después.

un fuerte ajuste en el nivel de ingresos en términos de contabilidad nacional[11]: aproximadamente 43.000 millones de euros menos en términos de contabilidad nacional en tan solo dos años (2009-2011). A partir de entonces, se observa un proceso lento de recuperación[12], que no ha permitido recuperar el nivel de ingresos alcanzado en 2009 hasta prácticamente 2016.

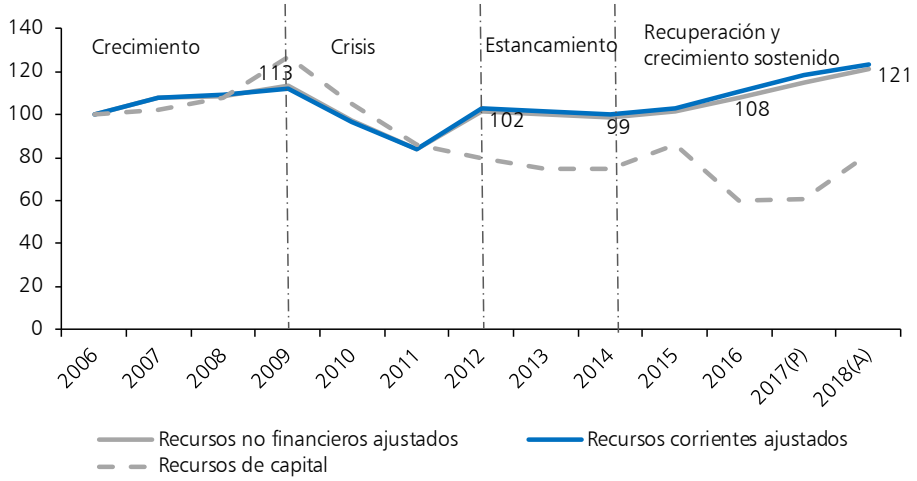
Esta limitación del crecimiento de recursos en todo el periodo se refleja en las tasas promedio de variación interanual: entre 2006 y 2018, se sitúa en un 1,6% interanual.

Si nos centramos justo en este último periodo, distinguimos tres etapas: crisis, estancamiento y recuperación.

El periodo de crisis se concentró entre 2009 y 2011, de forma que el nivel de recursos de las comunidades autónomas se redujo al 86% de los disponibles

GRÁFICO 1.8.

EVOLUCIÓN POR ETAPAS DE LOS INGRESOS NO FINANCIEROS AJUSTADOS EN EL PERÍODO 2006-2018 (Año base 2006)



Fuentes: Contabilidad nacional, Informes definitivos del sistema de financiación autonómica.

[11] Con la liquidación definitiva del sistema de financiación de 2008 e impacto contable en 2010, se contabilizó una liquidación negativa del sistema de 5.514 millones de euros, y en 2009, con impacto en contabilidad nacional en 2011, esta liquidación negativa ascendió a 18.736 millones de euros. Este comportamiento fue consecuencia de entregas a cuenta realizadas en estos ejercicios que no estaban correlacionadas con la crisis económica que ya se había iniciado.

[12] En el que las entregas a cuenta resultan más acordes a la evolución real de la actividad económica.

en 2006. Se inició a partir de entonces una tímida recuperación que permitió recuperar en el período 2012-2013 el nivel de partida del año base. Pero realmente los efectos de la recuperación económica no empezaron a trasladarse a la evolución de los recursos hasta 2014, con un promedio de crecimiento anual del 5,2% en los años posteriores[13].

En suma, la variación de ingresos no financieros acumulada en los últimos doce años en el conjunto de las comunidades autónomas alcanza el 20,9%. Buena parte de este balance positivo se explica por la evolución en los últimos cuatro años.

Sin embargo, como ya se advirtió, el comportamiento de los recursos autonómicos de los años de la crisis y posteriores resulta atípico en comparación con la evolución de la economía, la recaudación total y los ingresos no financieros específicos de la administración central. En el gráfico 1.9. se compara la tasa de variación interanual de recursos no financieros autonómicos ajustados con la evolución del crecimiento nominal, los impuestos totales de las administraciones públicas y los recursos no financieros específicos de la Administración Central. Como puede advertirse, el comportamiento de los recursos de la Administración Central, altamente correlacionados con la recaudación total[14], se anticipa a la curva de ingresos correspondientes a las comunidades autónomas.

De hecho, la caída de recursos de la Administración Central observada entre 2007 y 2009, se reproduce justo dos años después en la serie autonómica, entre 2009 y 2011, años en los que se trasladaron finalmente los efectos negativos en recaudación a las comunidades a través de las liquidaciones definitivas del SFA. Además en la serie de la Administración Central los claros repuntes de 2010 y 2013, sin equivalencia con una recuperación económica significativa –en términos de PIB–, se explican por las subidas que se aplicaron con respecto al tipo impositivo del IVA, en 2010 y 2012, con repercusión exclusiva en las arcas estatales[15].

El máximo alcanzado por las comunidades autónomas en 2012 coincide con el año en el que se practica la liquidación definitiva del SFA de 2010. En dicho ejercicio se añaden varios efectos singulares: (i) el impacto contable como consecuencia del abandono de las entregas a cuenta de los impuestos cedidos

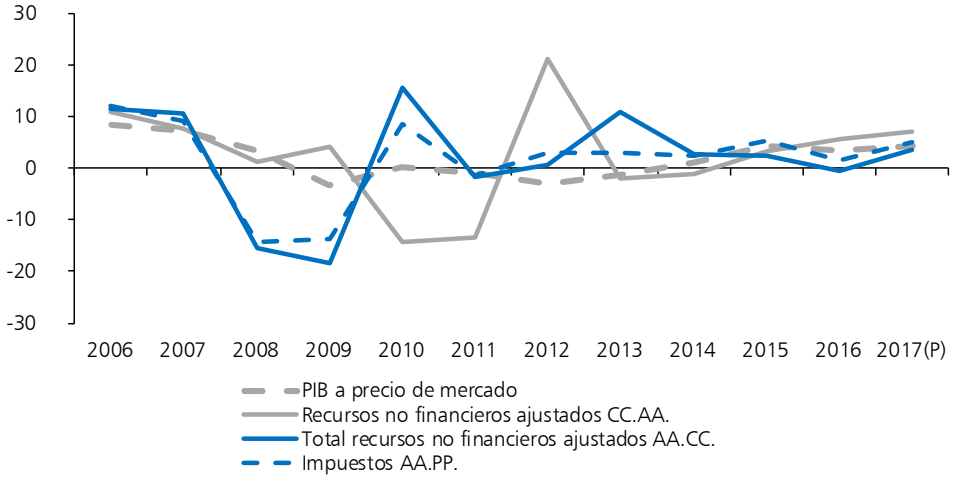
[13] En términos ajustados, descontando las liquidaciones negativas de fondos y tributos sujetos a liquidación del SFA.

[14] Coeficiente R2 entre las dos series superior al 0,85.

[15] La serie de crecimiento de la recaudación, referida al conjunto de administraciones públicas, presenta una evolución más apaisada especialmente en 2013. Debe tenerse en cuenta que aunque la subida del IVA afectaba a las entregas a cuentas realizadas a las comunidades autónomas, la liquidación definitiva del SFA regularizaba dichas ganancias a través de los ajustes de oficio (a la baja) del Fondo de Suficiencia Global de las comunidades autónomas.

GRÁFICO 1.9.

TASAS DE VARIACIÓN INTERANUAL DE PIB NOMINAL, RECAUDACIÓN GLOBAL Y RECURSOS NO FINANCIEROS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL (Porcentaje)



Fuente: IGAE. Contabilidad nacional, Informes definitivos del sistema de financiación autonómica.

con el anterior sistema, (ii) el de las últimas regularizaciones y (iii) la incorporación definitiva de todos los recursos adicionales previstos[16].

En cualquier caso, si modificamos el año base y tomamos como referencia el año de arranque del modelo (2009), la evolución de los recursos en términos de contabilidad nacional advierte de una moderación del comportamiento de los ingresos en los últimos nueve años: en 2018, el total de ingresos no financieros autonómicos apenas supone un 6,8% más del observado en 2009.

Esta fuerte limitación de los ingresos, junto con el cumplimiento –como veremos después– cada vez más eficaz de las reglas fiscales de la LOEPSF, han afectado a la moderación del gasto no financiero en los nueve años del actual modelo de financiación, con un crecimiento desde 2006 que solo ha superado a los ingresos en variación acumulada en poco más de un punto porcentual (+22,3% gastos no financieros vs. +20,9% ingresos no financieros), resultando las tasas de crecimiento medio muy alineadas[17]). Este comportamiento de ingresos y gastos ha podido inducir distintas consecuencias en términos de

[16] Se trata también del primer año al que no se traslada un impacto contable por liquidación definitiva del SFA tan amplio con en los dos ejercicios precedentes.

[17] 1,6% *i.a.* promedio anual en ingresos no financieros vs. 1,7% i.a. promedio anual gastos no financieros.

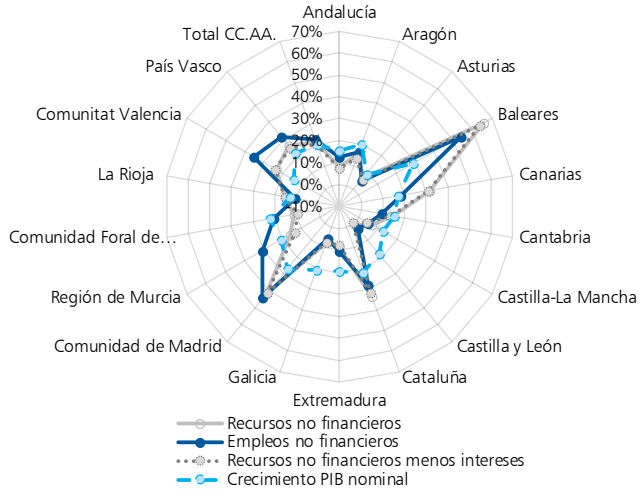
prestación de servicios: por un lado, provocar ganancias de eficiencia, o bien, limitar de forma significativa mejoras en calidad en la prestación de los servicios públicos básicos a una población objetivo mayor, o incluso registrar un retroceso en las prestaciones con respecto a los años previos a la crisis.

1.2.2. Heterogeneidad en la evolución de los recursos por comunidades autónomas. Influencia de la dinámica económica regional

No obstante, el comportamiento general que acabamos de describir presenta claras diferencias entre comunidades autónomas en función de la procedencia de los ingresos[18] y del mejor o peor posicionamiento que haya podido registrar la comunidad autónoma con respecto a la financiación autonómica desde el arranque del sistema actual con respecto al vigente en 2006.

GRÁFICO 1.10.

TASAS DE VARIACIÓN 2018/2006 DE INGRESOS NO FINANCIEROS Y EMPLEOS NO FINANCIEROS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y TOTAL REGIONAL Y CRECIMIENTO ECONÓMICO NOMINAL (Porcentaje)



Fuentes: IGAE. Contabilidad nacional, Informes definitivos del sistema de financiación autonómica.

[18] Aquellas comunidades que en el periodo pre crisis tuvieran un peso superior a la media de los recursos tributarios derivados del mercado inmobiliario han podido registrar un retraso significativo en la recuperación de niveles de recaudación del periodo 2006-2007 debido a la crisis del mercado inmobiliario, o incluso, en algunos casos no volverlos a recuperar.

El gráfico 1.10.muestra las variaciones de ingresos no financieros en los doce años analizados para cada comunidad autónoma, poniendo de manifiesto las diferencias entre las distintas comunidades autónomas.

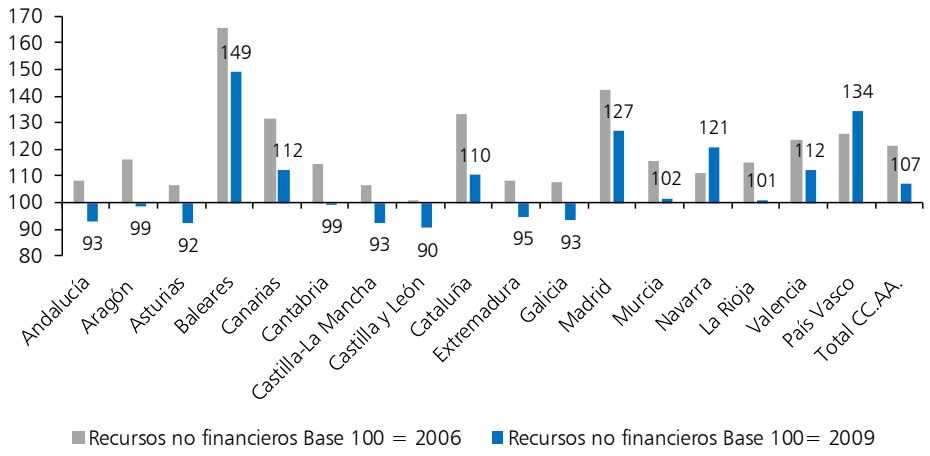
Son cuatro las comunidades que han registrado tasas de variación de recursos significativamente superiores a la media: Baleares (+65,8%), Madrid (+42,1%), Cataluña y Canarias, ambos con ratios superiores al 30%.

Por el contrario, y por este orden, las comunidades autónomas en donde menos han crecido los recursos no financieros han sido por el siguiente orden: Castilla y León, con sólo un +0,9%, Castilla–La Mancha y Asturias, en torno al +6,7%, y Galicia, Andalucía y Extremadura, con ratios que oscilan entre los 7,5% y el 8,5%. En algunas de ellas, si descontamos el gasto financiero en los dos ejercicios de comparación, se constata incluso una variación negativa de los ingresos no financieros después de intereses, como es el caso de Castilla y León (-0,7%).

Por tanto, se observan diferencias muy significativas entre las comunidades autónomas en relación al impacto de la recuperación económica sobre los ingresos y en relación a su nivel de partida precrisis.

GRÁFICO 1.11.

RECURSOS NO FINANCIEROS 2018
(Base 100= 2006 y base 100= 2009)



Fuentes: IGAE. Contabilidad nacional, Informes definitivos del sistema de financiación autonómica.

Si bien, las comunidades autónomas han recuperado el nivel de recursos no financieros de 2006, no todas ellas han podido retornar en 2018 al nivel registrado en 2009. Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla-León y Asturias, son las que mantienen aún en 2018 un nivel de ingresos inferior al que observaron en 2009 de forma más acusada. En el caso de las dos últimas comunidades, además se sitúa unos diez puntos porcentuales por debajo del nivel de referencia. En concreto, son siete las comunidades autónomas en las que la recuperación económica no ha permitido retornar al nivel de 2009.

Sin embargo, cuando se pone en relación la evolución de los ingresos no financieros con el crecimiento del PIB nominal para el periodo 2006-2018 se observa una mayor correlación entre ambas variables para las comunidades con mejor evolución, como Baleares, Madrid, Cataluña y las comunidades forales. En cambio, en comunidades con resultados económicos no tan destacables, pero situados por encima de la media, como Aragón, Galicia y Extremadura, la evolución de sus ingresos ha sido mucho más discreta.

Si limitamos la evaluación del crecimiento del PIB nominal a la etapa 2009-2018, los peores resultados económicos y de rendimiento en términos de recursos autonómicos son para Asturias, Castilla-La Mancha y Castilla y León, junto a La Rioja. Una reactivación económica más retardada que el promedio (variación del PIB de los últimos cuatro años)[19] también parece contribuir a un peor resultado en la medida que estas comunidades han disfrutado de menos margen para recuperar la contracción registrada en los años más críticos del periodo. Aunque con un resultado económico más alineado con la media, o incluso superior, comunidades como Murcia[20] tampoco han mejorado sustantivamente su recaudación.

El gráfico 1.10. pone de manifiesto que buena parte de las comunidades han adecuado la evolución de su gasto al ritmo que crecían sus ingresos. Baleares y Canarias se sitúan claramente por debajo, mientras otras como Cantabria, Castilla y León, Castilla La-Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid y La Rioja, están alineadas prácticamente con la media nacional de crecimiento. Tan solo Murcia, las comunidades forales y, de forma más moderada, Andalucía, han tenido un crecimiento del gasto entre 2006 y 2018 superior al del ingreso no financiero.

1.2.3. Evolución de los resultados del SFA

La trayectoria de los ingresos no financieros en el periodo analizado no puede deslindarse de un análisis más detallado de los resultados del sistema

[19] Castilla y León registra una variación de PIB nominal entre 2014 y 2018 del 13,36% y Asturias del 15,02% mientras que el promedio se sitúa en el 16,42%.

[20] Murcia registró entre 2008 y 2013, los años de la crisis, una caída de PIB nominal superior a la media.

de financiación autonómica de régimen común (SFA). Sus reglas específicas de funcionamiento no solo introducen un retardo en el impacto de la evolución económica sino también otros factores, como la capacidad de previsión del Gobierno para ajustar las entregas a cuenta a la efectiva realidad económica.

En este sentido, el periodo de análisis incorpora circunstancias singulares, sin precedentes en sistemas anteriores, que han afectado de forma significativa a los resultados del modelo.

Por un lado, debe tenerse en cuenta las voluminosas liquidaciones negativas de los ejercicios 2008 y 2009, que repercutieron en los ingresos no financieros de 2010 y 2011, empeorando significativamente la situación económica en contraste con las liquidaciones positivas que se percibieron en ejercicios anteriores[21]. Por otro, los resultados también se han visto afectados por el inicio en 2011 de las devoluciones o reintegros, de forma fraccionada, mediante retenciones en las entregas a cuenta y liquidaciones de los recursos del sistema[22]. Y por último, el cambio de sistema, que arranca en 2009, con una implantación transitoria hasta 2011[23], y el errático comportamiento del ITE[24], que ha incorporado algunas oscilaciones en la trayectoria desligadas del comportamiento económico del ejercicio.

El gráfico 1.12. ilustra la evolución de los resultados del SFA desde diferentes perspectivas. En este caso, se han incorporado también las series correspondientes a los recursos no financieros en términos de derechos reconocidos netos (contabilidad presupuestaria) que representan, mejor que los ingresos en

[21] Cuando la previsión gubernamental de entregas a cuenta del ejercicio de referencia resulta inferior a la que debería haber correspondido una vez conocida la dinámica económica del ejercicio y los resultados finales de la recaudación por los distintos recursos tributarios compartidos.

[22] El reintegro fue inicialmente de 60 mensualidades. En 2012 según D.A. 36 de la ley 2/2012, de 29 de junio, de los PGE 2012, se estableció un mecanismo extrapresupuestario con el objetivo de extender a 120 mensualidades iguales, a computar desde 1 de enero de 2012, el aplazamiento del saldo pendiente de reintegro hasta la fecha de las liquidaciones del sistema de 2008 y 2009. Posteriormente se aplazaron hasta 240 mensualidades a partir del 1 de enero de 2015.

[23] Se mantienen hasta dicho ejercicio los porcentajes del anterior sistema sobre los tributos cedidos compartidos. La aplicación de las nuevos ratios en el ejercicio 2012 provoca en la liquidación del sistema de ese año un cambio importante en la composición de los ingresos y una liquidación muy negativa del Fondo de Suficiencia, que se cuantifica como mayor gasto en términos de contabilidad nacional. Las series de contabilidad nacional que utilizamos están ajustadas por dichas liquidaciones negativas, tanto del Fondo de suficiencia como del IVA, II.EE. u otros fondos que igualmente se contabilizan como mayor gasto.

[24] El ITE, índice de evolución de buena parte de los fondos del SFA, depende en buena medida de las entregas a cuenta realizadas por el Estado para dicho ejercicio (mayores o menores en función de las previsiones económicas oficiales) y por otro, de las liquidaciones pagadas con respecto a los dos ejercicios anteriores, esto es, el grado en que la previsión acertó o se desvió del ingresos que debería haber correspondido a las comunidades.

términos de contabilidad nacional[25], el flujo real de recursos con los que han contado las comunidades autónomas en este periodo.

Atendiendo a este "flujo real", las comunidades autónomas de régimen común en su conjunto no recuperan hasta once años después el nivel de recursos no financieros de 2006, situándose en 2017 en 141.742 millones de euros, unos 5.760 millones más que los obtenidos en el punto de partida de referencia[26].

Para realizar este análisis, incorporamos los recursos definitivos del SFA correspondientes a cada ejercicio –relacionados con el concepto de devengo y que se liquidan dos ejercicios después– y los ingresos sujetos a liquidación efectivamente percibidos en el marco del SFA[27], más correlacionados con el flujo de recursos del presupuesto liquidado. De la comparación, se extraen dos conclusiones: en primer lugar, los ingresos percibidos sujetos a liquidación del SFA (tributos compartidos y fondos del sistema) han ganado peso sobre el total de recursos liquidados, y en segundo lugar, el resto de ingresos no financieros[28] ha seguido una evolución contractiva hasta estabilizarse en los últimos años en torno a los 41.000 millones de euros –con una pérdida en el periodo de 15.730 millones de euros–.

Del comportamiento de las distintas series, se deduce que han sido los impuestos compartidos y los fondos del SFA los que han compensado –con un incremento de unos 21.500 millones en once años[29]– la drástica pérdida de recursos procedente del SFA no sujetos a liquidación y de los ingresos distintos del SFA.

---

[25] Como ya se explicó, las diferentes imputaciones y ajustes de contabilidad nacional incorporan a veces distorsiones al flujo real de recursos en un ejercicio. Sirva como ejemplo, el caso citado de las liquidaciones negativas del sistema de financiación que se imputan como mayor gasto en vez de menor ingreso.

[26] La diferencia con la serie de liquidación de ingresos no financieros autonómicos se mantiene en el promedio de los 12.300 millones de euros, que corresponde a las comunidades forales, con un repunte en 2017 hasta los 14.333 millones.

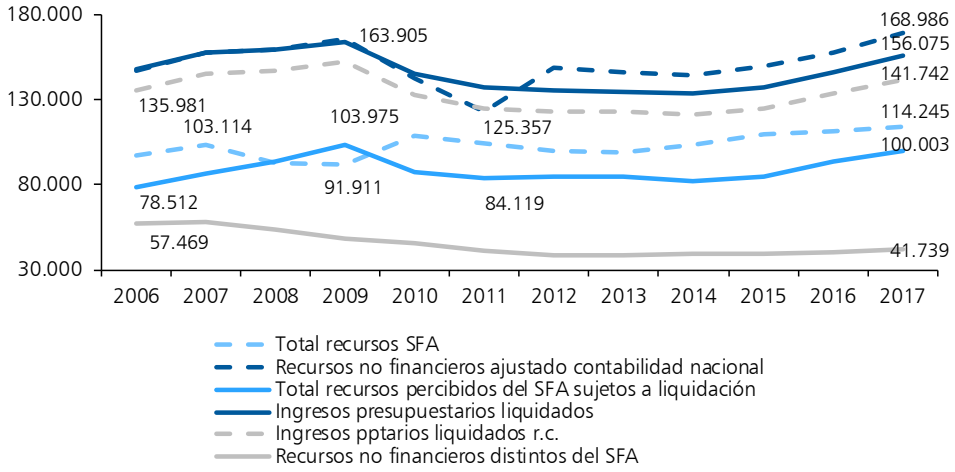
[27] Están conformados en términos generales por las entregas a cuenta, los reintegros de liquidaciones correspondientes a 2008 y 2009 realizadas en el ejercicio, los anticipos por el aplazamiento a 120 mensualidades y la liquidación correspondiente a dos ejercicios previos. La serie 2006-2016 se ha obtenido a partir de la información de la publicación "Hacienda autonómica en cifras" disponible hasta 2017. El ejercicio 2017 se ha elaborado a partir de la información disponible sobre entregas a cuenta, liquidación definitiva de 2015 y con el supuesto de la misma cuota de reintegro que el ejercicio anterior.

[28] Ingresos no sujetos a liquidación del SFA (tributos cedidos tradicionales con rendimiento íntegro correspondiente a las comunidades) y resto de recursos no financieros distintos del SFA.

[29] Debe tenerse en cuenta en la serie de recursos percibidos procedente del sistema el impacto positivo que también ha provocado los sucesivos aplazamientos de los reintegros de las liquidaciones negativas de 2008 y 2009.

GRÁFICO 1.12.

EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS NO FINANCIEROS (CONTABILIDAD NACIONAL AJUSTADA POR LIQUIDACIONES NEGATIVAS VS. LIQUIDACIÓN PRESUPUESTARIA) Y LOS RECURSOS DEL SFA (DEFINITIVOS Y PERCIBIDOS) VS. LIQUIDACIÓN PRESUPUESTARIA DE COMUNIDADES DE RÉGIMEN COMÚN



Fuentes: Contabilidad nacional, IGAE. Informes definitivos del sistema de financiación autonómica. Liquidación presupuestaria de las Comunidades Autónomas. Minhap.

En términos per cápita, los cambios de comportamiento de los ingresos han sido más significativos. El nivel de financiación por habitante llega a perder en 2009 un 14% respecto a 2006 y no empieza a recuperarse hasta 2013. Desde entonces la financiación ha crecido un 16%, alcanzando cerca de 2.500 euros por persona. El breve periodo de recuperación económica ha permitido recuperar la pérdida de financiación registrada en los años más duros de la crisis y superar el máximo relativo que se alcanzó en 2010.

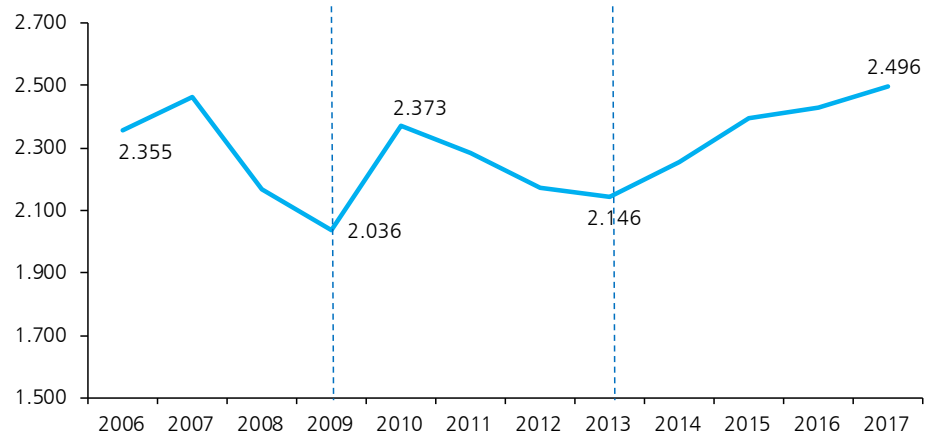
Si incluimos en el análisis a las comunidades forales, éste debe realizarse en términos ingresos no financieros per cápita pudiendo extenderse el análisis comparado hasta 2018[30]. En términos de contabilidad nacional, se aprecia un repunte en los recursos no financieros por habitante entre 2016 y 2018, especialmente en Baleares, Canarias[31], Madrid y las forales.

[30] Los datos anteriores restringidos al sistema de financiación de régimen común solo pueden alcanzar hasta 2017 (último ejercicio disponible).

[31] Gracias a la modificación del SFA introducida por la disposición final 19 LGP 2017.

GRÁFICO 1.13.

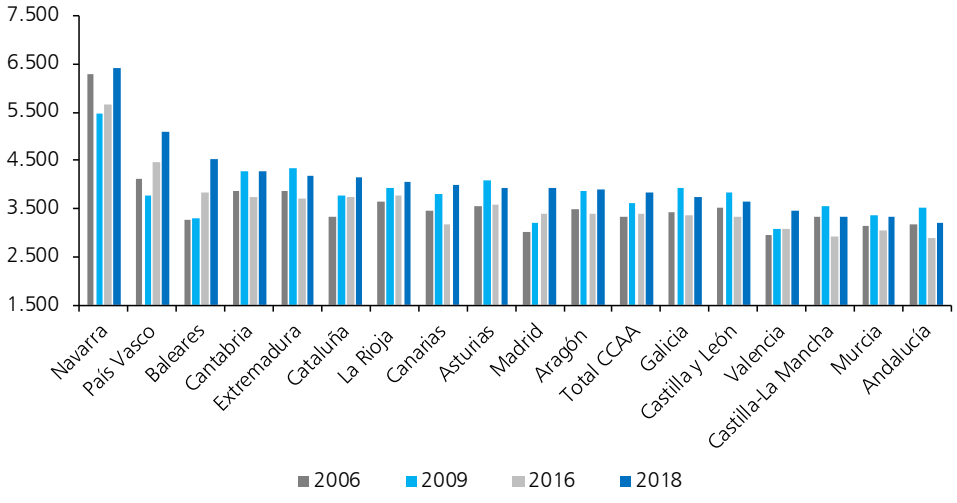
EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN PER CÁPITA 2006-2017 (Euros/persona)



Fuentes: Informes definitivos del sistema de financiación autonómica. Liquidación presupuestaria de las Comunidades Autónomas. Minhap. INE.

GRÁFICO 1.14.

INGRESOS NO FINANCIEROS –CONTABILIDAD NACIONAL– PER CÁPITA EN 2006, 2009, 2016 Y 2018 POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (Euros/persona)



Fuentes: Contabilidad nacional, IGAE. INE.

1.3. Evolución y situación de llegada en 2018 desde las magnitudes de solvencia en las haciendas territoriales

En suma, las comunidades autónomas registraron un fuerte deterioro de sus finanzas tras la llegada de la crisis en 2009, y su mayor exponente fue la evolución del ahorro bruto. El punto de inflexión de esta caída se produjo en el ejercicio 2011, ejercicio que se saldó con un ahorro negativo de casi 39.000 millones de euros.

Con el objetivo de sanear la deteriorada situación de solvencia, en el marco de la reforma del Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC) gestada en el ámbito de la UE, en 2012 entró en vigor la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (LOEPSF) con la finalidad principal de garantizar la sostenibilidad de las finanzas públicas. A esta norma, se encuentran sujetos todos los subsectores públicos (Administración Central, Seguridad Social, comunidades autónomas y corporaciones locales).

La LOEPSF introduce importantes novedades sobre los marcos normativos previos: dos reglas fiscales adicionales (límite de deuda y regla de gasto) al objetivo de déficit, principal referente fiscal hasta el momento, incorporándose poco después el control del periodo medio de pago (PMP) con el fin de limitar la deuda comercial.

Es precisamente la regla de gasto la que ha tenido un impacto relevante en los resultados de solvencia de las haciendas locales, y ha empezado a tenerlo más recientemente en las haciendas autonómicas[32].

La recuperación de los ingresos devenida con la mejora del ciclo económico ha permitido que el sector regional vuelva a registrar ahorro positivo (4.700 millones de euros a cierre de 2018, un 2,7% en términos de ingresos corrientes). El saldo no financiero (diferencia entre ingresos y gastos no financieros) ha seguido un comportamiento similar, si bien este indicador se mantiene todavía en terreno negativo (-2.800 millones de euros a cierre de 2018 y -1,7% en términos de ingresos corrientes).

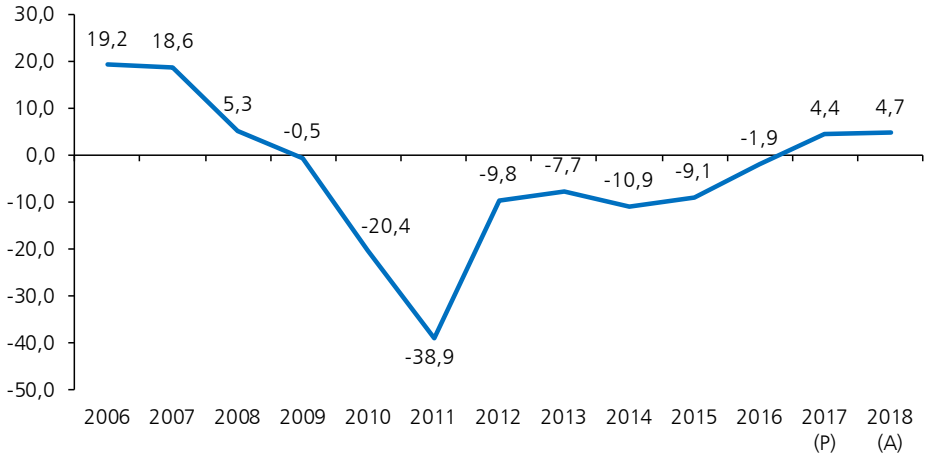
En el análisis de la solvencia por comunidades autónomas, la fase de deterioro fue muy distinta en cada una de ellas[33]. La evolución reciente, de clara

[32] En los años de crisis y primeros de la recuperación el objetivo de déficit seguía siendo más exigente que la regla de gasto por lo que resulta inoperativa. Cuando los resultados en términos de saldo no financiero han empezado a ser mejores es cuando la regla de gasto ha cobrado operatividad en las haciendas autonómicas.

[33] Las regiones que sufrieron más esta etapa fueron las más grandes: Andalucía (-7.400 millones de euros en 2011 que, sobre ingresos corrientes, supone un -35,5%), Cataluña (-7.100 millones y un -31,8% sobre ingresos corrientes en 2011) y Valencia (-4.700 millones en 2011 y -41,7% sobre ingresos corrientes).

GRÁFICO 1.15.

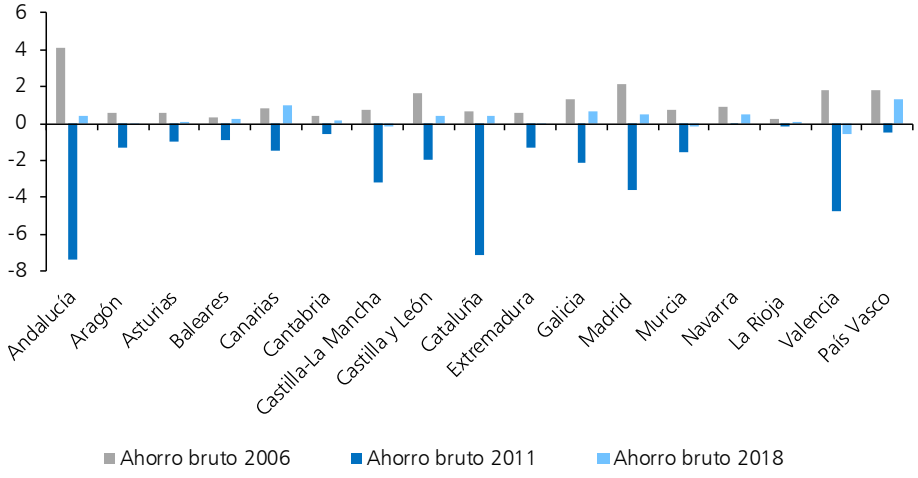
EVOLUCIÓN DEL AHORRO BRUTO DEL CONJUNTO DE CC.AA. (2006-2018)
(Miles de millones de euros)



Fuente: IGAE. Contabilidad nacional.

GRÁFICO 1.16.

AHORRO BRUTO POR CC.AA.
(Miles de millones de euros)



Fuente: IGAE. Contabilidad nacional.

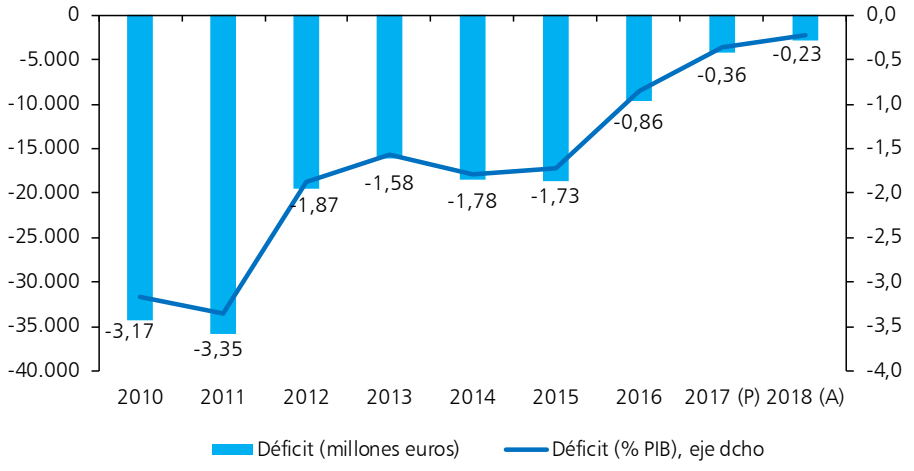
recuperación, contempla mayor homogeneidad. Todas las regiones han mejorado significativamente su nivel de ahorro y tan solo cinco comunidades continúan en terreno negativo (Valencia, Murcia, Extremadura, Castilla–La Mancha y Aragón), aunque con ratios relativos muy por debajo de los que se llegaron a registrar en 2011.

La corrección en el ahorro bruto ha tenido su correlato en la evolución de la estabilidad presupuestaria. El nivel máximo de déficit que alcanzó el conjunto de comunidades autónomas fue del 3,35% PIB (35.000 millones de euros de déficit) en 2011, reduciéndose en 2012 hasta el 1,87% PIB en 2012, y ajustándose progresivamente hacia un mayor equilibrio presupuestario.

Las asimetrías entre territorios en la consecución de los objetivos también se han reducido. Mientras en 2014, solo tres regiones alcanzaban el objetivo de déficit, en 2018 la situación se ha revertido con trece cumplidoras con la estabilidad presupuestaria. La mayor homogeneidad por comunidades es importante para la consolidación fiscal del conjunto sector, si bien es cierto que en esta tendencia ha resultado clave el ajuste de las comunidades más grandes. De hecho, el 60% del ajuste acumulado desde 2012 se ha concentrado en Andalucía, Cataluña, Valencia y Madrid. Aunque hay algunas regiones que saldaron 2018

GRÁFICO 1.17.

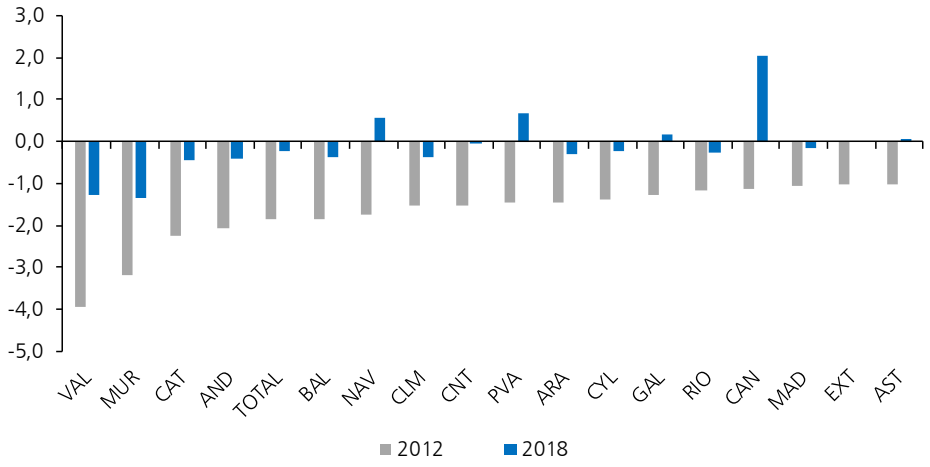
EVOLUCIÓN DEL DÉFICIT REGIONAL (2006-2018)
(Millones de euros)



Fuente: IGAE. Contabilidad nacional.

GRÁFICO 1.18.

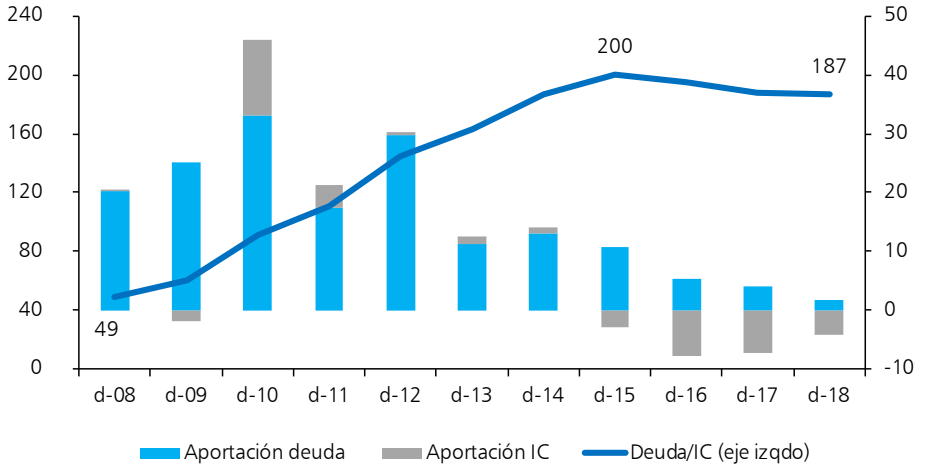
DÉFICIT POR CC.AA. 2012-2018
(Porcentaje sobre el PIB)



Fuente: IGAE. Contabilidad nacional.

GRÁFICO 1.19.

EVOLUCIÓN DE LA RATIO DEUDA SOBRE INGRESOS CORRIENTES
(Porcentaje)



Fuente: Banco de España, cuentas consolidadas de las CC.AA.

con un déficit en torno al 1% del PIB, hasta cinco comunidades autónomas cerraron en superávit (Canarias, Galicia, Asturias y las dos forales).

En cambio, la evolución del *stock* de deuda ha seguido una trayectoria menos favorable. El conjunto de las comunidades autónomas se ha multiplicado por casi cuatro veces en los últimos diez años. En los últimos años el proceso de consolidación fiscal y de reducción del déficit ha conducido a una desaceleración de esta variable, pasando de una tasa de crecimiento interanual de casi el 30% en 2012 a apenas un 2% a cierre de 2018.

Un indicador de solvencia relevante es la relación entre la deuda pública y los ingresos corrientes ya que, en última instancia, la deuda se debe repagar con la generación de recursos públicos. Esta ratio alcanzó su máximo valor en el 2015, con una cifra del 200% de deuda sobre ingresos corrientes (que podría ser crítico para tener acceso a los mercados de capitales). El incremento posterior de los ingresos ha permitido reducir esta ratio al 187% de media

MAPA 1.1.

MAPA DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA, DEUDA PÚBLICA Y REGLA DE GASTO (2018, Primera revisión)

Fuente: Ministerio de Hacienda.

en las administraciones regionales, aunque con una elevada heterogeneidad. De mayor a menor ratio se encuentran Valencia, Cataluña, Baleares, Murcia y Castilla–La Mancha, todas por encima del 200%. En el otro extremo, diez regiones cierran 2018 con una ratio inferior al 150% de deuda sobre ingresos corrientes, niveles que hacen más factible la capacidad de financiarse en los mercados financieros.

El compromiso de todas las comunidades autónomas por sanear sus cuentas se ha reflejado claramente en el informe que publica el Ministerio de Hacienda sobre el grado de cumplimiento de los objetivos fiscales. Como se advirtió, en 2018 un total de 13 regiones cumplieron todas las reglas fiscales. Tan solo Andalucía, Murcia, Valencia y Baleares incumplieron algún objetivo establecido.

Por tanto, la generación de ingresos no financieros de las comunidades, acompañadas por el ciclo económico expansivo, ha permitido reducir los niveles de déficit y contribuir a una desaceleración del incremento de la deuda. Esto, como se ha comentado anteriormente, ha repercutido en un mayor número de comunidades que han cumplido con los objetivos fiscales. Todo ello, junto con una mejora en los fundamentales crediticios, ha sido reconocido por las principales agencias de calificación crediticia (Fitch, Moody's y S&P), las cuales han reducido el riesgo de solvencia de las comunidades autónomas. En general, todas las regiones han mejorado su rating en una media de dos o tres escalones en comparación con el año 2012.

1.4. El impacto de las reglas fiscales sobre el gasto

Como se ha avanzado en el análisis de solvencia de las haciendas territoriales del epígrafe anterior, la aprobación de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (LOEPSF) supuso un giro muy relevante en el control de la estabilidad presupuestaria en España con respecto a los textos normativos anteriores (2001, 2006). Su redacción estuvo vinculada a la aprobación por el Consejo Europeo en 2011 del Six-Pack, paquete normativo conformado por cinco reglamentos y una directiva comunitaria que recogían la reforma del Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC). La reforma europea se orientó a reforzar los mecanismos preventivos del PEC, la automatización de las sanciones en caso de incumplimiento de los límites impuestos con el fin de asegurar el cumplimiento de la disciplina fiscal y la necesidad de volver a poner el foco en el nivel de deuda de los Estados miembros.

Es justo este marco europeo en el que se realizó la revisión de la anterior normativa de estabilidad presupuestaria en España, procediendo a adaptar al

contexto interno, caracterizado por una fuerte descentralización del gasto, a las nuevas disposiciones europeas: la regla de gasto, como principal instrumento del brazo preventivo, y a priori, un objetivo reforzado de reducción de la deuda que alcanzaría a todos los niveles de gobierno. No obstante, la norma ha sido sometida a sucesivas modificaciones en función de nuevas necesidades subyacentes en el control de la estabilidad presupuestaria y la sostenibilidad financiera. Entre las más relevantes hay que señalar la inclusión del periodo medio de pago como nueva variable de control para limitar la evolución de la deuda comercial, que había sido utilizada de forma extraordinaria por las administraciones territoriales para compensar las restricciones financieras que se impusieron con la crisis, así como la regulación básica de los mecanismos adicionales de financiación para las mismas y los planes de ajuste exigidos para acceder a éstos.

Por tanto, la LOEPSF se ha convertido en una norma extensa y compleja por la cantidad de elementos que ha acabado regulando, cuyo cumplimiento estricto en algunos aspectos ha quedado en entredicho[34] y con algunas cuestiones, como se está demostrando más recientemente[35], insuficientemente reguladas ya sea en la propia ley o un desarrollo reglamentario. Teniendo en cuenta que el concepto de sostenibilidad financiera resulta clave en la elaboración de proyecciones de gasto social, es necesario tener presente cómo entiende la normativa dicho concepto y cómo instrumenta su seguimiento. Esta y algunas otras claves de la LOEPSF se repasan a continuación:

- Estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. La estabilidad presupuestaria se define en términos de equilibrio o superávit estructural. La norma entiende la sostenibilidad financiera como la capacidad para financiar compromisos de gasto presentes y futuros dentro de los límites de déficit, deuda pública y morosidad de deuda comercial conforme a las reglas fiscales previstas en la ley, la normativa de morosidad y la normativa europea.

[34] Por ejemplo, en la aplicación del procedimiento de medidas preventivas y correctivas, o en las previsiones contempladas en el periodo transitorio especialmente las relativas a la progresiva reducción de la ratio de deuda o la falta de seguimiento sobre la pretendida distribución de la reducción del déficit estructural en al menos el 0,8% del PIB en promedio anual entre Estado y comunidades autónomas.

[35] Cuestiones relativas a la aplicación de la regla de gasto que ha suscitado distintas interpretaciones sobre el año base de referencia, las dificultades que está suponiendo colocar adecuadamente los excedentes de liquidez de las corporaciones locales, o más recientemente la excepcionalidad que supone la aplicación del superávit en las comunidades autónomas a inversiones financieras sostenibles con respecto a la regla general de amortización de deuda. En el caso de la determinación del año base de referencia de la regla de gasto, en la práctica la interpretación oficial se ha alineado con la fijación del gasto computable efectivo como referencia del año base. Esta solución resulta clave de cara a determinar las restricciones que puede suponer la actual LOEPSF en la evolución del gasto computable y en particular, del gasto en servicios sociales básicos

- Los objetivos de déficit y deuda se fijan para cada uno de los subsectores de las administraciones públicas y para el agregado con el horizonte 2020, estableciendo un periodo transitorio hasta dicho ejercicio.

  - El déficit estructural de las administraciones públicas y por subsectores será nulo en 2020, salvo excepciones tipificadas en la normativa[36] que deberán ser justificadas a través de planes de reequilibrio que permitan su corrección. En el caso de la Seguridad Social se prevé que mantenga una situación de equilibrio o superávit, que podrá quebrarse excepcionalmente según las previsiones de la normativa del Fondo de Reserva y en cualquier caso, minoraría la cuantía del límite impuesto al Estado.

  - La deuda pública en 2020 no deberá superar el 60% del PIB, estableciéndose a su vez un reparto por niveles de gobierno de dicho límite: la deuda autonómica no deberá rebasar el 13% del PIB (tanto en agregado como individual), y la deuda de las corporaciones locales, el 3% del PIB, correspondiendo a la deuda de la Administración central, un 44%. Ante la proximidad de la aplicación de estos límites resulta inquietante, teniendo en cuenta la significativa distancia de buena parte de las administraciones con respecto a dichos objetivos, que no se hayan aprobado las modificaciones normativas necesarias. En particular, se prevé que la Administración Pública que supere su límite de deuda pública no podrá realizar operaciones de endeudamiento neto (artículo 13.2. LOEPSF).

- La regla de gasto, pieza clave del brazo preventivo del PEC, consiste en que la variación del gasto computable de la Administración Central, de las comunidades autónomas y de las corporaciones locales, no pueda superar la tasa de referencia de crecimiento del producto interior bruto de medio plazo de la economía español. Esta regla es aplicable tanto a cada administración de forma individual como al agregado de cada subsector de las administraciones públicas y al conjunto de todas ellas. Es la única de las reglas fiscales que resulta aplicable desde la entrada en vigor de la LOEPSF, sin establecerse ningún periodo transitorio como ocurre con el déficit y la deuda. No

[36] Como reformas estructurales con efectos presupuestarios a largo plazo. Se reconoce que el Estado y las comunidades autónomas podrán incurrir en déficit estructural en caso de catástrofes naturales, recesión económica grave o situaciones de emergencia extraordinaria que escapen al control de las administraciones públicas y perjudiquen considerablemente su situación financiera o su sostenibilidad económica o social.

obstante, los objetivos de déficit fijados en el periodo transitorio en términos de saldo no financiero efectivo según contabilidad nacional[37] han resultado más exigentes hasta hace pocos años que la regla de gasto aplicable, obligando a realizar ajustes significativos por el lado de los empleos no financieros. Por este motivo, la regla de gasto ha sido finalmente operativa sólo cuando se ha cumplido con los objetivos de déficit y los ingresos no financieros han mantenido una senda progresiva de mejora.

Si contrastamos el marco normativo con la situación de llegada de las administraciones territoriales en términos de cumplimiento fiscal a 2018, el balance es muy positivo (véase epígrafe 1.3.)

Sin duda, ha sido el subsector local el principal cumplidor fiscal registrando un superávit agregado desde 2012 (0,22% PIB), ampliándose y estabilizándose después en el 0,5% PIB. A este holgado cumplimiento han contribuido tres circunstancias que han afectado específicamente al subsector local. En primer lugar, la aprobación por parte del Estado de un incremento del tipo impositivo del IBI, de forma transitoria y excepcional durante los ejercicios 2012 y 2013[38], contribuyó a mejorar significativamente el nivel de recursos en la etapa de agudización de la crisis. En segundo lugar, la obligación de los interventores locales de informar sobre el cumplimiento de las reglas fiscales y la concienciación de las corporaciones locales sobre el respeto a estas ante la exigencia de la normativa de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. Por último, cabe destacar el compromiso con la moderación en el gasto que se ha visto reflejada en un ajuste llamativo del gasto corriente en los años de crisis, especialmente en 2013.

Por su parte, las comunidades autónomas, con una trayectoria de incumplimiento general más dilatada –tras la crisis no registran el primer cumplimiento hasta 2017– han exhibido en 2018 una posición claramente saneada, tanto a nivel agregado como individual. Si recordamos algunas de las claves del epígrafe 1.3., en 2018 no solo habían limitado su déficit al 0,2% del PIB fijado como objetivo, sino que trece han cumplido con las tres reglas fiscales de refe-

[37] Aunque la LOEPSF fija los objetivos de déficit en términos estructurales, la dificultad de su aplicación efectiva en términos de objetivos y su seguimiento por administración territorial, a un año de la entrada en vigor del objetivo de déficit estructural nulo no se dispone de ninguna estimación del incurrido por cada administración autonómica hasta la fecha.

[38] Esta subida tenía en consideración el año de entrada en vigor de la correspondiente ponencia total de valores del municipio. Para ponencias anteriores a 2002, el incremento se fijó en el 10 por 100 (y un tipo mínimo del 0,5 por 100 en 2012 y del 0,6 por 100 en 2013); en el caso de municipios cuyas ponencias fueron aprobadas entre 2002 y 2004 el incremento se fijó en el 6 por 100 (y el tipo mínimo en el 0,5 por 100) y en los aprobados entre 2008 y 2011 el incremento fue del 4 por 100.

rencia, llegando cinco de ellas a registrar superávit (Canarias, Galicia, Asturias y las comunidades forales). Solo cuatro incumplieron una o varias reglas fiscales, resultando común en todos los casos la inobservancia de la regla de gasto, mientras que sólo dos comunidades siguen con dificultades para cumplir con el objetivo de déficit (Murcia y Comunidad Valenciana).

La pregunta que planea sobre esta situación de llegada es a qué factor debe atribuirse principalmente el éxito en el cumplimiento, especialmente en lo que respecta al objetivo de déficit efectivo. En el ámbito local, la observancia generalizada de la regla de gasto concede un papel relevante al marco normativo y las reglas fiscales vigentes. En contraste, recordemos que las anteriores normativas de estabilidad presupuestaria contemplaban igualmente la necesidad de elaborar planes económico–financieros o de reequilibrio en los casos de incumplimiento, pero en muchos casos estos planes se solapan en el tiempo, sin concluir con un cumplimiento efectivo del objetivo de déficit fijado en algunas comunidades. Esta dinámica contribuyó a la elevación extraordinaria de algunos de los niveles de endeudamiento más relevantes del conjunto autonómico y de algunas corporaciones locales.

No obstante, hay que tener en cuenta que el periodo de vigencia de la LOEPSF ha coincidido con la puesta en marcha de los mecanismos adicionales de financiación (FLA) que han permitido a buena parte de las comunidades autónomas, especialmente las que se encontraban en posiciones menos saneadas y con mayores niveles de endeudamiento, acceder a financiación en un momento en el que los mercados habían endurecido gravemente las condiciones de acceso enfrentándose a importantes problemas de liquidez. La adhesión a estos mecanismos estatales les exigía facilitar una información mucho más detallada de la gestión del gasto de la que venían facilitando en etapas previas y un control mucho más exhaustivo a través de la Intervención General del Estado (IGAE). Esto ha permitido un control de la gestión presupuestaria de las comunidades autónomas durante el mismo ejercicio en el que se advierten posibles desviaciones y la exigencia de la puesta en marcha de medidas correctoras de forma más inmediata, bajo la forma general de retenciones de crédito.

En cualquier caso, conviene poner el foco sobre el aparente cumplimiento del objetivo de deuda. Resulta paradójico que apenas dos o tres comunidades autónomas podrán cumplir con el objetivo fijado del 13% sobre PIB en 2020, mientras que la gran mayoría se va a encontrar a una significativa distancia e, incluso algunas es previsible, como advierte la AIReF, que no puedan cumplirlo hasta 2040. La clave reside en cómo se han fijado los objetivos de deuda individuales y agregados para el periodo transitorio que en todo momento incluían

la previsión de incremento derivada del objetivo de déficit y del endeudamiento autorizado para la devolución de liquidaciones negativas del SFA. La credibilidad del objetivo del 13% del PIB debería haber ido ligada a la obtención de superávit presupuestarios en un momento claramente anterior al que han empezado a registrarse. Por tanto, se ha concedido prioridad a la senda de consolidación fiscal a través de la reducción del déficit con una trayectoria creíble que no ha permitido alcanzar unos objetivos inabordables y que no se han modificado en todo el periodo transitorio en lo que respecta a la deuda pública. En este sentido, las excepcionalidades previstas en la aplicación del superávit a inversiones financieramente sostenibles tampoco van a permitir mejorar en gran medida esta senda con los saldos no financieros positivos que ya se vienen registrando.

En definitiva, la LOEPSF ha logrado superar muchas disfunciones que arrastraban los anteriores marcos normativos, que fracasaban de forma sistemática en la efectividad de cumplir con los objetivos de estabilidad presupuestaria, centrados en el déficit. La LOEPSF prevé que solo el Estado y las comunidades autónomas puedan incurrir en déficit estructural, mientras que la Seguridad Social debe mantenerse en equilibrio presupuestario, resultando excepcional la situación de déficit estructural[39]. Otro aspecto crucial de aplicación teórica a partir de 2020 es el impedimento para realizar operaciones de endeudamiento neto para las administraciones públicas que superen sus límites de deuda pública[40].

También hay que reconocer el relevante papel que ha desempeñado la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF) en el éxito de aplicación de la normativa. Su creación estuvo propiciada por una modificación de la LOESPF en la que se preveía el funcionamiento de un organismo independiente de control fiscal como una de las principales medidas para garantizar el cumplimiento de la estabilidad presupuestaria y la sostenibilidad financiera, tal como se había materializado en la última modificación del artículo 135 de la Constitución. El 14 de noviembre de 2013, se aprobó la Ley Orgánica 6/2013, que cumplía con ese requerimiento y la AIReF empezó a funcionar de forma efectiva en 2014, aportando con sus informes mayor transparencia en la dinámica del control de la estabilidad presupuestaria, y aportando sin duda mayor visibilidad y publicidad al cumplimiento o no de los objetivos por parte de las

[39] Art. 11.5. Las administraciones de Seguridad Social mantendrán una situación de equilibrio o superávit presupuestario. Excepcionalmente podrán incurrir en un déficit estructural de acuerdo con las finalidades y condiciones previstas en la normativa del Fondo de Reserva de la Seguridad Social. En este caso, el déficit estructural máximo admitido para la administración central se minorará en la cuantía equivalente al déficit de la Seguridad Social.

[40] Artículo 13.2. LOEPSF.

distintas administraciones. Todo ello con criterios demostrados de objetividad e independencia.

Por tanto, las opiniones y recomendaciones que ha emitido la AIReF en relación a la efectividad del actual marco normativo de estabilidad presupuestaria están rigurosamente argumentadas y deben estar presentes en cualquier debate sobre el actual sistema normativo. La AIReF formula sus recomendaciones a raíz de los distintos informes de evaluación que publica sobre las distintas administraciones[41], tanto centrales como territoriales, pudiendo éstas adoptarlas o bien, argumentar las razones por las que se desvían de las mismas.

Estas recomendaciones han sido publicadas de forma sistemática, y en algunos casos reiteradamente ante el incumplimiento sistemático de las mismas. Como era de esperar, buena parte de ellas están orientadas a la necesidad de mejorar la aplicación de la LOEPSF desde distintas perspectivas, que alcanzan desde el necesario cambio normativo a una mayor transparencia actual de la información facilitada. Las sugerencias se han centrado en reforzar la exigibilidad de las reglas fiscales, apuntando en tres direcciones: (1) la mejora de la fijación de objetivos como paso previo para facilitar su seguimiento y exigibilidad[42], (2) aclarar la vinculación de las reglas fiscales cuando son acordadas en un Plan Económico-Financiero (PEF) y, (3) en caso de verificar incumplimientos en los PEF, avanzar en la gradualidad de las medidas correctoras previstas evitando la concatenación –una vez más– de sucesivos PEF.

Si nos centramos en los objetivos de sostenibilidad financiera, la AIReF reitera la necesidad de ampliar el periodo transitorio de la deuda para el cumplimiento del límite establecido en el artículo 13 de la LOEPSF[43], adaptando los

[41] Sobre las líneas fundamentales de los presupuestos de cada administración, PEF, previsiones macroeconómicas de los PGE, etc.

[42] Un aspecto en el que insiste la AIReF es la necesidad de fijar los objetivos anuales del sector AA.PP. desde un enfoque botton up que reconozcan la situación financiera real de cada sector, por ejemplo, el superávit sistemático del sector local.

[43] Art. 13.1. El volumen de deuda pública, definida de acuerdo con el Protocolo sobre Procedimiento de déficit excesivo, del conjunto de administraciones públicas no podrá superar el 60 por ciento del producto interior bruto nacional expresado en términos nominales, o el que se establezca por la normativa europea. Este límite se distribuirá de acuerdo con los siguientes porcentajes, expresados en términos nominales del producto interior bruto nacional: 44% para la Administración central, 13% para el conjunto de comunidades autónomas y 3% para el conjunto de corporaciones locales. Si, como consecuencia de las obligaciones derivadas de la normativa europea, resultase un límite de deuda distinto al 60%, el reparto del mismo entre Administración central, comunidades autónomas y corporaciones locales respetará las proporciones anteriormente expuestas. El límite de deuda pública de cada una de las comunidades autónomas no podrá superar el 13% de su producto interior bruto regional.

requisitos especificados en la disposición transitoria primera de la Ley[44] y definir una senda de referencia creíble y exigente para la reducción sostenida de la ratio de deuda. Las proyecciones elaboradas por la Autoridad Fiscal anticipan, en un escenario neutral, que el objetivo del 13% de deuda sobre PIB para el agregado no será alcanzable hasta 2037, y algunas comunidades autónomas no lo alcanzarán hasta 2040[45].

Volviendo al objetivo central de este proyecto, la sostenibilidad de los servicios públicos fundamentales, prestados mayoritariamente por las comunidades autónomas, deberá encajarse en el contexto de la sostenibilidad financiera tal como lo interpreta la normativa vigente. A partir de la saneada situación de llegada descrita en 2018, especialmente en términos de déficit, el comportamiento esperado debería ser compatible con una senda esperada de reducción de los actuales niveles de deuda (muy heterogéneos entre comunidades autónomas), y por tanto, la obtención de superávit de forma sistemática.

Sin embargo, aunque la norma *a priori* preveía el destino íntegro del superávit a la reducción del nivel de endeudamiento neto, los primeros registros de saldo no financiero positivo han provocado finalmente la modificación, al menos transitoria, de esta previsión. La disposición adicional centésima décima sexta de la Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018, establece reglas especiales para el destino del superávit presupuestario del ejercicio 2017 de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía, permitiendo su destino parcial a inversiones que sean financieramente sostenibles durante su vida útil (IFS). Como requisito previo, un porcentaje del saldo superavitario debe destinarse a amortizar las operaciones de endeudamiento que estén vigentes, respetando en cualquier caso que la comunidad autónoma no incurra en déficit en términos de contabilidad nacional en el ejercicio siguiente. Estas inversiones excepcionadas de la regla general sobre el superávit deben asegurar a largo plazo un impacto positivo, directo y verificable sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas y el crecimiento potencial de la economía. En concreto, las inversiones que pueden considerarse IFS deberán tener efectos positivos para el cambio climático, contribuir a la eficiencia energética, o bien evitar gastos recurrentes o implicar ahorros en ejercicios futuros[46],

[44] Disposición transitoria primera.1. En 2020 deberán cumplirse los límites establecidos en los artículos 11 y 13 de esta ley, para lo cual: a) La ratio de deuda pública sobre PIB para cada administración se reducirá al ritmo necesario en promedio anual para alcanzar, en cualquier caso, el límite establecido en el artículo 13 de esta ley. La senda de la reducción del volumen de deuda deberá, además, cumplir los siguientes requisitos: 1.º La variación de los empleos no financieros de cada Administración no podrá superar la tasa de crecimiento real del producto interior bruto de la economía española. 2º A partir del momento en que la economía nacional alcance una tasa de crecimiento real de, al menos el 2% anual o genere empleo neto con un crecimiento de al menos el 2% anual, la ratio de deuda pública se reducirá anualmente, como mínimo, en 2 puntos porcentuales del producto interior bruto nacional.

[45] Cataluña, Castilla-La Mancha, Murcia y Comunidad Valenciana.

[46] Es en el último punto donde pueden enmarcarse inversiones vinculadas a los servicios públicos fundamentales siempre que logren evitar gastos recurrentes o supongan ahorros en ejercicios futuros.

todo ello dentro de los ámbitos de competencia de las comunidades autónomas. Sin duda, el mantenimiento de esta excepcionalidad ralentizará la efectividad de una senda de reducción de deuda hacia el 13% del PIB.

De todas las reglas fiscales, es la regla de gasto la que puede suponer un freno más relevante (y directo) a la evolución de los empleos no financieros ligados a los servicios básicos sociales[47]. El cumplimiento del objetivo de déficit ha resultado para las comunidades autónomas hasta hace pocos años bastante más exigente que la regla de gasto, por lo que suponía una tendencia contractiva en la serie de gasto efectivo y un retroceso con respecto al nivel alcanzado en 2009[48]. Resultará de especial interés verificar si mantener una interpretación excesivamente restrictiva de la regla de gasto puede llegar a suponer una limitación relevante a la evolución "natural"[49] del gasto social. Las conclusiones que se deriven de conjugar la trayectoria esperada de la regla de gasto, vinculada al PIB potencial, y las sendas previstas para el gasto en servicios sociales básicos, permitirán inferir si es necesario elaborar propuestas para adecuar la norma vigente a las expectativas de evolución de dicho gasto (sanitario, educativo y social).

En definitiva, la regla de gasto se perfila como la regla fiscal clave que puede asegurar en un contexto de estabilidad económica la obtención sistemática de superávit necesarios para revertir la senda de deuda autonómica. En la medida, que las proyecciones de gasto social elaboradas en los distintos escenarios se ajusten a la trayectoria esperada del PIB potencial, podría concluirse que son sostenibles desde la perspectiva financiera. En el epígrafe posterior

[47] No obstante, la regla de gasto no es el único límite directo a la evolución del gasto no financiero relativo a servicios públicos fundamentales. Doce comunidades autónomas se adhirieron al instrumento de sostenibilidad del artículo 113 de la Ley General de Sanidad, que fija que la variación interanual del gasto farmacéutico, tanto hospitalario como en productos farmacéuticos y sanitarios por recetas médicas u orden de dispensación, no puede ser superior a la tasa de referencia de crecimiento del PIB a medio plazo (la misma referencia que la regla de gasto), que se situó en el 2,4% en 2018 y en el 2,7% en 2019. Este instrumento ha estado vinculado al Fondo de Financiación, e implica adicionalmente restricciones relevantes en la futura evolución del gasto sanitario, como la aprobación de cartera de servicios complementaria y la prestación de servicios distintos de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, instando además a que la comunidad aplique medidas de mejora de eficiencia y sostenibilidad. De acuerdo a los últimos datos aportados por el Ministerio de Hacienda, once de las doce comunidades autónomas han incumplido con dicho límite. En 2018, entre las adheridas al mecanismo, solo Asturias cumplió con el límite. A cierre de mayo de 2019, todas –a excepción de Extremadura– se sitúan ya por encima de la tasa de referencia. La realidad está verificando que la aplicación de este límite a uno de los epígrafes específicos de gasto objeto de estudio está resultando ineficaz. Resulta por tanto, especialmente necesario evaluar hasta qué punto la previsión de crecimiento de dicho gasto farmacéutico, vinculada estrictamente a la evolución demográfica y el perfil de consumo por edad, excede la previsión de crecimiento del PIB a medio plazo, o bien son otro tipo de factores los que están afectando a este incumplimiento (tecnología, precio, etc.).

[48] Máximo relativo del periodo analizado de la serie ajustada, descontando la imputación de liquidaciones negativas de fondos del sistema de financiación y del IVA e IIEE.

[49] Entendemos por natural, al gasto afectado exclusivamente por la evolución demográfica.

realizamos dos ejercicios de proyección para el agregado de las comunidades autónomas.

1.5. Escenarios de gasto en un marco de sostenibilidad financiera

El resultado de la proyección de un escenario de sostenibilidad financiera se materializaría en una senda de gasto no financiero social desde el periodo 2019 hasta 2030 que sea capaz de mantener el cumplimiento de la regla de gasto y en consecuencia, el objetivo de estabilidad presupuestaria en términos de saldo no financiero SEC 2010, al mismo tiempo asegure un trayectoria de reducción continuada de la deuda creíble y exigente. Las principales hipótesis de partida para la elaboración del ejercicio son las siguientes (recordemos que se realizó en el contexto prepandemia):

- El crecimiento económico nominal es la variable clave en la previsión de ingresos no financieros. Se utilizan hasta 2020 las previsiones Afi y a partir de 2021 se asigna en un escenario de prudencia el valor 3,5% de crecimiento nominal constante hasta el final del periodo. La elasticidad de los ingresos no financieros aplicada se basa en la relación histórica entre éstos y la evolución del PIB nominal[50].

- Objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad. Se utiliza como límite la regla de gasto aprobada en el Consejo de Ministros del 7 de diciembre de 2018 (2,7% para 2019, 2,9% para 2020). A partir de 2021 se utilizan las previsiones Afi de crecimiento del PIB potencial y deflactor del PIB. Con estas estimaciones, la regla de gasto converge al 3,1% de crecimiento del PIB a medio plazo hasta el final del periodo. En relación al objetivo de saldo no financiero, se toman los aprobados hasta 2020 (-0,1% sobre PIB en 2019 y equilibrio en 2020) y se estima que el objetivo no se endurecerá, manteniéndose el de equilibrio presupuestario.

- Se toma como punto de partida los resultados de 2018 en deuda, ingresos no financieros, gastos no financieros, gasto computable a efectos de regla de gasto y déficit. La referencia de partida es el gasto computable autonómico contabilizado en 2018 de 147.487 millones de euros que supone el 81% del gasto no financiero en términos de contabilidad nacional.

[50] Se ha utilizado una estimación prudente del 1,1.

La simulación se basa en la presunción del cumplimiento estricto de la regla de gasto que afecta al gasto computable. La mayor dificultad subyace en la previsión de comportamiento del gasto no computable (principalmente intereses, gastos financiados por la Unión Europea o por otras administraciones públicas y transferencias por los sistemas de financiación) que, como puede advertirse en el cuadro 1.1. presenta un comportamiento muy errático. Los epígrafes de mayor peso lo constituyen los gastos financiados por el Estado y las transferencias al Estado por el SFA (transferencias negativas del SFA).

Se utilizan dos alternativas de previsión del gasto computable. En el primer caso, recurrimos a varios supuestos con respecto a la evolución de cada uno de estos epígrafes fundamentados en el comportamiento reciente de los mismos.

Con la trayectoria advertida en los cuatro principales epígrafes se asumen los siguientes supuestos para la proyección hasta 2030:

- En línea por las expectativas del mercado con el abaratamiento de la financiación, y la previsión de reducción del nivel de endeudamiento ya que las necesidades de financiación serían nulas al mantenerse el equilibrio presupuestario, los intereses se quedarían en el nivel registrado en 2018.

- Las transferencias a CC.LL. por el sistema de financiación –que han mantenido un crecimiento moderado– seguirían creciendo según la previsión de crecimiento económico nominal.

CUADRO 1.1.

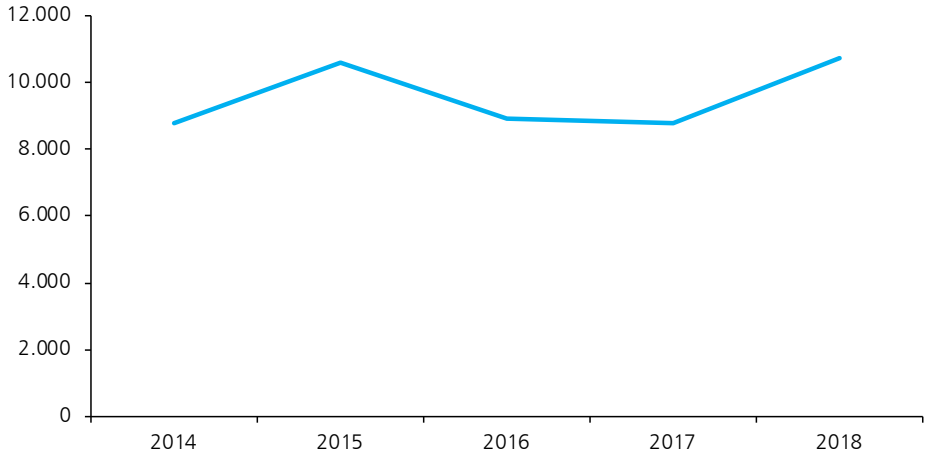
ESTIMACIÓN DEL GASTO NO COMPUTABLE A EFECTOS DE REGLA DE GASTO

	2014	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*	*% s/total*
Intereses	8.100	4.508	4.454	4.354	4.405	13,2
Gastos financiados por la UE	3.272	3.621	1.773	2.001	3.827	11,5
Gastos financiados por otras AA.PP.	10.745	11.590	11.501	12.015	12.375	37,2
Transferencias al Estado por SFA	8.788	10.587	8.932	8.780	10.710	32,2
Transferencias a CC.LL. por Sº Financiación	390	1.719	1.652	1.699	1.753	5,3
Otros	40	39	87	10	211	0,6
Total gasto no computable	31.335	32.064	28.399	28.859	33.281	100,0
v.i.a.		2,3%	-11,4%	1,6%	15,3%	

Fuentes: Informes de cumplimiento del objetivo de déficit, deuda y regla de gasto. IGAE.

GRÁFICO 1.20.

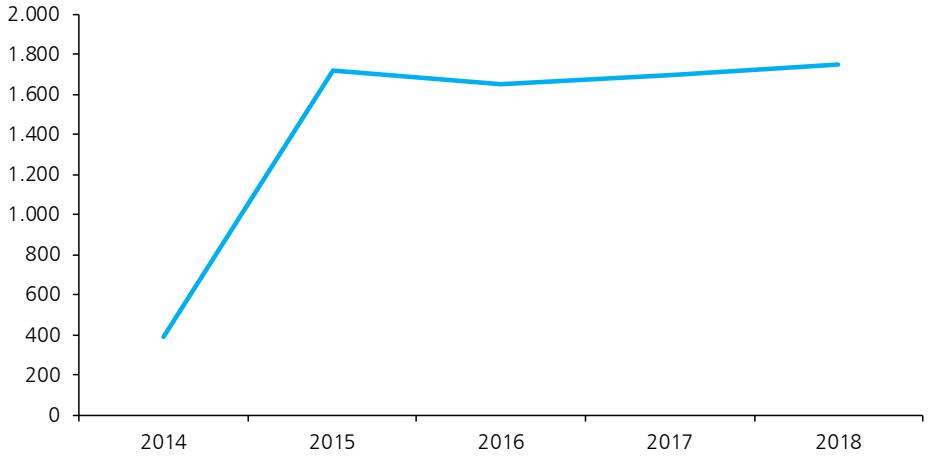
EVOLUCIÓN RECIENTE DE LOS PRINCIPALES EPÍGRAFES DE GASTO NO COMPUTABLE AUTONÓMICO EN CONCEPTO DE REGLA DE GASTO (Transferencias al Estado por SFA)



Fuentes: Informes completos de cumplimiento de los objetivos de déficit, deuda y regla de gasto.

GRÁFICO 1.21.

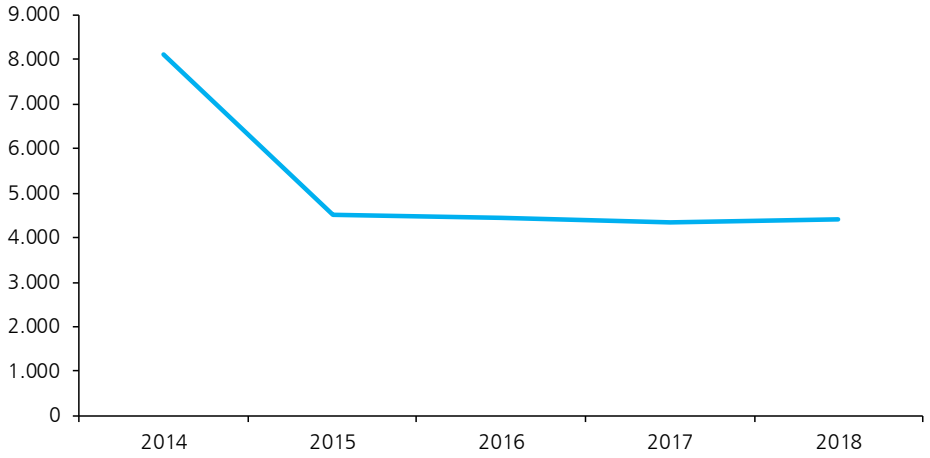
EVOLUCIÓN RECIENTE DE LOS PRINCIPALES EPÍGRAFES DE GASTO NO COMPUTABLE AUTONÓMICO EN CONCEPTO DE REGLA DE GASTO (Transferencias a CC.LL. por Sº Financiación)



Fuentes: Informes completos de cumplimiento de los objetivos de déficit, deuda y regla de gasto.

GRÁFICO 1.22.

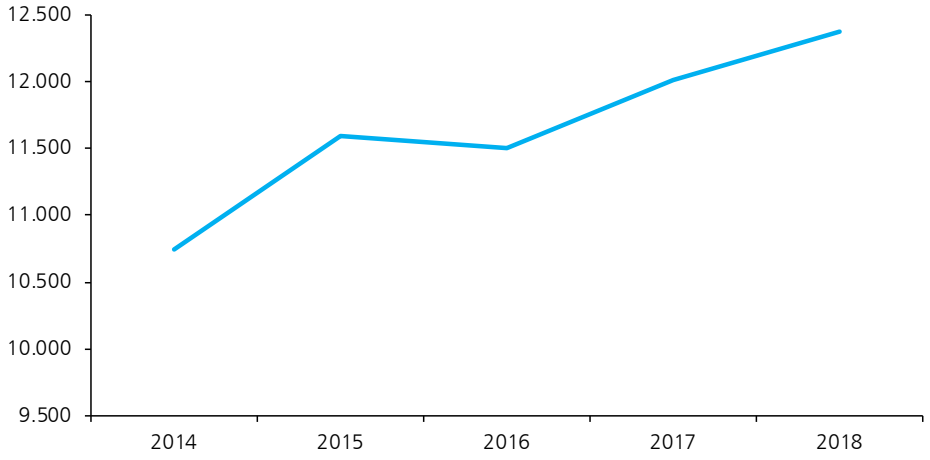
EVOLUCIÓN RECIENTE DE LOS PRINCIPALES EPÍGRAFES DE GASTO NO COMPUTABLE AUTONÓMICO EN CONCEPTO DE REGLA DE GASTO (Intereses)



Fuentes: Informes completos de cumplimiento de los objetivos de déficit, deuda y regla de gasto.

GRÁFICO 1.23.

EVOLUCIÓN RECIENTE DE LOS PRINCIPALES EPÍGRAFES DE GASTO NO COMPUTABLE AUTONÓMICO EN CONCEPTO DE REGLA DE GASTO (Gastos financiados por otras AA.PP.)



Fuentes: Informes completos de cumplimiento de los objetivos de déficit, deuda y regla de gasto.

- Se asigna un crecimiento –alineado con la regla de gasto– a los gastos financiados por otras administraciones públicas.

- La complejidad del funcionamiento del SFA dificulta realizar la previsión de las transferencias al Estado por dicho sistema, que depende del grado de exactitud en las previsiones oficiales de las entregas a cuenta de cada ejercicio con respecto al crecimiento real de la economía, entre otros factores. Dada la oscilación que refleja, consideramos que se sitúan en el valor promedio del periodo en 2019 y a partir de entonces, crece según el crecimiento previsto de los ingresos no financieros.

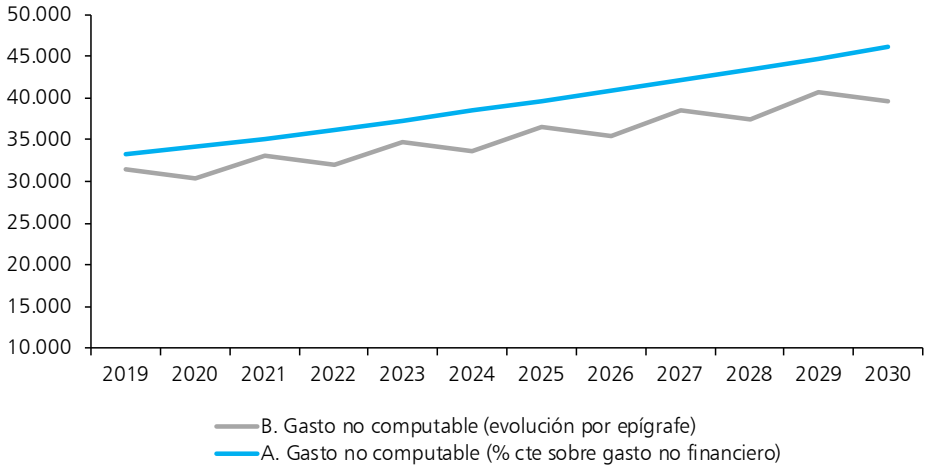
- Los gastos financiados por la UE se mantienen el promedio del histórico 2014-2018.

La segunda opción consiste en mantener la relación observada entre 2014-2018 entre gasto computable y gasto no computable durante todo el periodo habiendo constatado que el gasto computable representa el 82% de media del gasto total no financiero.

El cuadro 1.2. recoge los resultados de la simulación realizada para los dos supuestos de proyección de gasto no computable autonómico en concepto de

GRÁFICO 1.24.

PROYECCIÓN ESTIMADA DEL GASTO NO COMPUTABLE HASTA 2030



Fuentes: Elaboración propia a partir Informes de cumplimiento de los objetivos de déficit, deuda y regla de gasto.

regla de gasto. En la medida que los ingresos no financieros efectivos registren un crecimiento superior al PIB a medio plazo utilizado como tasa de referencia para la regla de gasto, bajo supuesto de cumplimiento de la regla fiscal, las administraciones autonómicas en su conjunto registrarán un superávit que, en función de la alternativa aplicada para estimar el gasto no computable, podría alcanzar entre el 1,2% PIB y casi el 1,6% en 2030. De forma inducida, solo la aplicación de esta regla fiscal puede implicar una senda de reducción de deuda que sitúe el nivel de esta por debajo del 13% de referencia en el mismo plazo. Bajo una hipótesis más conservadora (alternativa B) de evolución del gasto computable, la ratio de endeudamiento se estima una reducción mayor del nivel de endeudamiento.

Sin embargo, limitar el cumplimiento fiscal al equilibrio presupuestario y relajar la regla de gasto, conduciría a una senda de reducción del endeudamiento mucho más lenta, de forma que en 2030 el nivel de deuda se situaría todavía en el 17% sobre PIB (ajuste exclusivo al objetivo de déficit).

La relevancia de esta simulación en el marco de la sostenibilidad del gasto en servicios públicos fundamentales a medio plazo es disponer del marco de referencia de los gastos no financieros autonómicos que permitirían conjuntamente cumplir con los criterios más básicos de sostenibilidad financiera y dar cobertura a las necesidades de gasto bajo distintos supuestos (evolución natural por tendencia demográfica –escenario base– y mejora o mantenimiento de los niveles de calidad alcanzados en las prestaciones –escenarios complementarios–).

CUADRO 1.2.

ESTIMACIÓN DEL GASTO NO COMPUTABLE A EFECTOS DE REGLA DE GASTO

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1. Deuda (sala objetivo déficit)					292.381	295.744	297.577	298.161	298.745	299.329	299.913	300.497	301.081	301.665	302.249	302.833	303.417
Senda Deuda / PIB (sala objetivo déficit)					24,20%	23,67%	23,04%	22,30%	21,59%	20,90%	20,23%	19,59%	18,96%	18,35%	17,77%	17,20%	16,65%
2. Deuda (par superávit inducida regla de gasta A)						295.744	296.369	295.445	292.696	288.137	281.748	273.493	263.293	251.024	236.555	219.747	200.458
Senda de deuda / PIB (cumplir regla de gasto A)					*24,20%*	*23,67%*	*22,94%*	*22,10%*	*21,15%*	*20,12%*	*18,81%*	*17,83%*	*16,58%*	*15,27%*	*13,91%*	*12,48%*	*11,00%*
3. Deuda (par superávit inducida regla de gasta B)						295.744	294.645	289.941	285.061	276.240	267.279	254.198	240.910	223.242	205.153	182.336	159.876
Senda de deuda / PIB (cumplir regla de gasto B)					*24,20%*	*23,67%*	*22,81%*	*21,69%*	*20,60%*	*19,29%*	*18,09%*	*16,57%*	*15,17%*	*13,58%*	*12,06%*	*10,36%*	*8,72%*
4. Ingresos no financieros	146.227	152.242	159.439	169.153	177.958	184.614	191.518	198.892	206.549	214.501	222.759	231.336	240.242	249.491	259.097	269.072	279.431
Cmto ingresos no fin. (elast. 1,2)	*-1,3%*	*4,1%*	*4,1%*	*6,8%*	*5,21%*	*3,74%*	*3,74%*	*3,85%*	*3,85%*	*3,85%*	*3,85%*	*3,85%*	*3,85%*	*3,85%*	*3,85%*	*3,85%*	*3,85%*
5. Gastos no financieros. Sostenible: regla de gasto y déficit primer año (A)	164.727	170.943	169.067	173.384	180.768	*184.655*	*190.010*	*195.558*	*201.406*	*207.528*	*213.920*	*220.552*	*227.389*	*234.438*	*241.706*	*249.198*	*256.924*
v.i.a. gasto no financiero	*0,2%*	*3,8%*	*-1,7%*	*3,2%*	*4,3%*	*2,15%*	*2,90%*	*2,92%*	*2,99%*	*3,04%*	*3,08%*	*3,10%*	*3,10%*	*3,10%*	*3,10%*	*3,10%*	*3,10%*
5. Gastos no financieros. Sostenible: regla de gasto y déficit primer año (B)	164.727	170.943	169.067	173.384	180.768	*182.931*	*186.230*	*189.428*	*192.144*	*204.955*	*209.095*	*217.463*	*221.980*	*230.818*	*235.686*	*245.028*	*250.277*
v.i.a. gasto no financiero	*0,2%*	*3,8%*	*-1,7%*	*3,2%*	*4,3%*	*1,20%*	*1,80%*	*1,87%*	*1,92%*	*3,96%*	*2,02%*	*4,00%*	*2,08%*	*3,98%*	*2,11%*	*3,96%*	*2,14%*
Regla de gasto: PIB medio plazo	*1,50%*	*1,30%*	*1,80%*	*2,10%*	*2,40%*	*2,70%*	*2,90%*	*2,92%*	*2,99%*	*3,04%*	*3,08%*	*3,10%*	*3,10%*	*3,10%*	*3,10%*	*3,10%*	*3,10%*
Regla 2: Tope Gasto computable	133.411	138.879	139.435	144.525	147.487	151.469	155.962	160.413	165.209	170.232	175.475	180.914	186.523	192.305	198.266	204.413	210.750
v.i.a. gasto computable		4,1%	0,4%	3,7%	2,0%	2,7%	2,9%	2,9%	3,0%	3,0%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%
% gasto computable	91,0%	91,2%	93,0%	93,4%	81,6%	82,0%	82,0%	82,0%	82,0%	82,0%	82,0%	82,0%	82,0%	82,0%	82,0%	82,0%	82,0%
promedio % (2014-2018)	92,0%																
Resta de gasto (no computable) (cumplir déficit)	*31.316*	*32.064*	*29.632*	*28.859*	*33.281*	*34.394*	*35.656*	*38.479*	*41.340*	*44.269*	*47.285*	*50.421*	*53.719*	*57.186*	*60.830*	*64.659*	*68.682*
v.i.a.		*2,4%*	*-10,7%*	*0,8%*	*15,3%*	*3,3%*	*3,7%*	*7,9%*	*7,4%*	*7,1%*	*6,8%*	*6,6%*	*6,5%*	*6,5%*	*6,4%*	*6,3%*	*6,2%*
A. Gasto no computable (% cte sobre gasto no financiero)				28.859	33.281	33.186	34.148	35.146	36.196	37.297	38.446	39.637	40.866	42.133	43.439	44.786	46.174
						-0,3%	*2,9%*	*2,9%*	*3,0%*	*3,0%*	*3,1%*	*3,1%*	*3,1%*	*3,1%*	*3,1%*	*3,1%*	*3,1%*
B. Gasto no computable (evolución por epígrafe)					33.281	31.462	30.368	33.015	31.935	34.723	33.621	36.549	35.467	38.513	37.430	40.615	39.528
Regla 1: equilibrio					-0,23%	-0,10%	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Déficit					-2.779	-1.249	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Superávit inducida por cumplir regla de gasto (A)						-42	1.508	3.333	5.143	6.973	8.839	10.784	12.853	15.053	17.391	19.874	22.508
% PIB						*0,00%*	*0,12%*	*0,25%*	*0,37%*	*0,49%*	*0,60%*	*0,70%*	*0,81%*	*0,92%*	*1,02%*	*1,13%*	*1,24%*
Superávit inducida por cumplir regla de gasto (B)						1.692	5.289	5.464	9.405	9.547	13.663	13.872	18.252	18.673	23.401	24.044	29.154
% PIB						*0,13%*	*0,41%*	*0,41%*	*0,68%*	*0,67%*	*0,92%*	*0,90%*	*1,15%*	*1,14%*	*1,38%*	*1,37%*	*1,60%*
PIB	1.037.820	1.081.165	1.118.743	1.166.319	1.208.248	1.249.328	1.291.806	1.337.019	1.383.814	1.432.248	1.482.377	1.534.260	1.587.959	1.643.537	1.701.061	1.760.598	1.822.219
previsión PIB nominal	*1,20%*	*4,18%*	*3,48%*	*4,25%*	*3,30%*	*3,40%*	*3,40%*	*3,50%*	*3,50%*	*3,50%*	*3,50%*	*3,50%*	*3,50%*	*3,50%*	*3,50%*	*3,50%*	*3,50%*
previsión PIB real					*2,40%*	*1,9%*	*1,70%*	*1,80%*	*1,80%*	*1,80%*	*1,80%*	*1,80%*	*1,80%*	*1,80%*	*1,80%*	*1,80%*	*1,80%*
Cmto PIB potencial (regla de gasto)					*1,40%*	*1,10%*	*1,20%*	*1,22%*	*1,29%*	*1,34%*	*1,38%*	*1,40%*	*1,40%*	*1,40%*	*1,40%*	*1,40%*	*1,40%*
Deflactor PIB considerado (regla de gasto)					*1,40%*	*1,6%*	*1,70%*	*1,70%*	*1,70%*	*1,70%*	*1,70%*	*1,70%*	*1,70%*	*1,70%*	*1,70%*	*1,70%*	*1,70%*
Liquidaciones negativas. Endeudamiento						584	584	584	584	584	584	584	584	584	584	584	584

Fuentes: Elaboración propia a partir IGAE e INE.

Capítulo 2

LA TRAYECTORIA DEL GASTO SOCIAL EN LAS HACIENDAS TERRITORIALES: DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL, EVOLUCIÓN RECIENTE Y PRINCIPALES REFERENTES

2.1. Las competencias de gasto en servicios públicos fundamentales y análisis de su trayectoria

Como gasto social focalizamos el análisis en los servicios públicos fundamentales: salud, educación y protección social, en línea con la interpretación recogida en la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

Se han excluido, tanto del ejercicio de proyecciones, como del estudio comparativo competencial, aquellos gastos que se gestionan a través del Sistema de la Seguridad Social por varias razones[51]. En primer lugar, el análisis de sostenibilidad financiera de estos exige una metodología diferenciada por la presencia de ingresos específicos asociados a los mismos, a diferencia del resto de gastos sociales que no cuentan con recursos especialmente destinados a su prestación y, si los hay, no tienen el mismo carácter finalista[52]. Además, la relevancia de los gastos en pensiones y desempleo tanto por su volumen, marco normativo y competencial, como por su impacto sobre el déficit público, impone la necesidad de un tratamiento diferenciado[53].

Como ya se advirtió en el primer capítulo, la inexistencia de recursos específicos asociados al gasto en servicios públicos fundamentales justifica que las proyecciones del comportamiento futuro a partir de las previsiones demográficas (escenario base) y la variabilidad del resto de factores (escenarios complementarios) deben ser confrontadas desde una perspectiva orientada al cumplimiento

[51] Lo que implica que los pesos relativos de los gastos en servicios sociales realizados por el Estado, comunidades autónomas y corporaciones locales no incluyen el gasto social realizado directamente a través de la Seguridad Social.

[52] Por ejemplo, las aportaciones por parte de los usuarios en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) –en adelante, también SAAD– permiten la cofinanciación del servicio pero no se realiza un seguimiento estricto de estos recursos para financiar exclusivamente los servicios de dependencia. Además, por su volumen, como se verá en capítulos posteriores, aportan un 20% aproximado del coste total del servicio.

[53] También se han descontado –por similitud en su concepción– del gasto total en protección social de las administraciones públicas el efectuado por la Administración Central en concepto de clases pasivas.

esperado de las reglas fiscales vigentes, y no tanto a la suficiencia de ingresos asociados. Por tanto, el estudio se ha limitado a la evolución prevista de estos servicios esenciales, que son gestionados mayoritariamente por las comunidades autónomas, como se describe en el presente epígrafe, y evaluar cómo pueden afectar al cumplimiento de sus compromisos de estabilidad presupuestaria.

Hay que recordar que la distribución competencial asigna a las comunidades autónomas la gestión mayoritaria pero no exclusiva sobre este tipo de gastos:

1. Salud, descompuesta en atención primaria, especializada/hospitalaria, gasto farmacéutico y otros componentes.

2. Educación, donde hemos distinguido la educación no universitaria –infantil, primaria, secundaria y postsecundaria, especial– y universitaria.

3. Protección social, con un desglose específico en la atención a la dependencia, esto es, los gastos netos[54] autonómicos asociados al acceso al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). El resto de políticas sociales gestionadas por las comunidades autónomas se analiza como un bloque de gasto heterogéneo que aglutina desde actuaciones públicas vinculadas a la protección a la familia, el desempleo, la vivienda o la exclusión social.

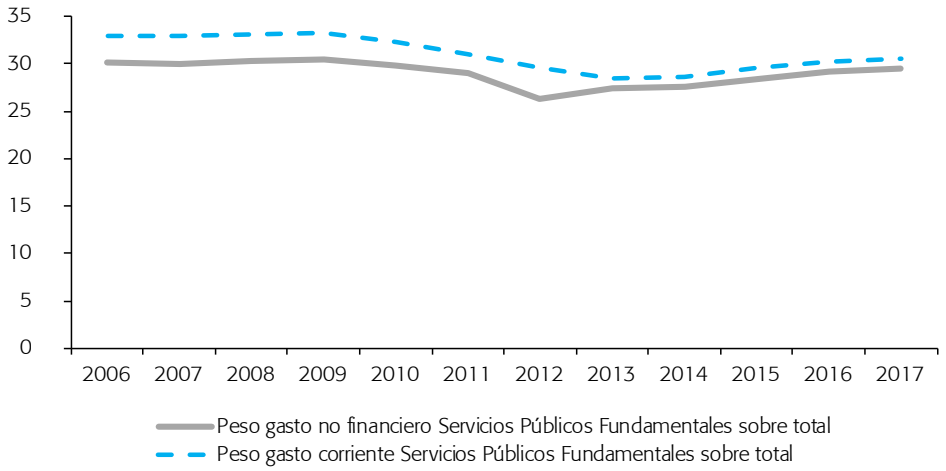
Por tanto, el gasto que es objeto de este estudio representa casi un tercio del gasto público no financiero total en España (29,6%), incluyendo las actuaciones de alcance económico más limitado que realizan tanto la Administración Central como las corporaciones locales. Si analizamos la trayectoria de este gasto se advierte una fuerte con una caída significativa entre 2010 y 2012 –desciende al 26,3%–, pero ha vuelto a recuperar los niveles de partida.

Si descomponemos dicho gasto social por cada uno de los servicios fundamentales de referencia, el gasto sanitario ha sido más rígido durante todo el periodo, con un ajuste menor en 2012 que el resto de servicios, y con una recuperando más rápida hasta recuperar su nivel de representatividad en torno al 14,5% del gasto no financiero total en 2017. El gasto en educación, sin embargo, ya registraba signos de ajuste desde 2009, descendiendo hasta su mínimo en 2012 y sin volver a recuperar en ningún momento el peso que representaba sobre el gasto hace doce años.

[54] Las proyecciones se realizan teniendo en cuenta el gasto neto que efectúa la comunidad autónoma, sin incluir la parte cofinanciada por la AGE (nivel mínimo) y los usuarios (aportaciones económicas).

GRÁFICO 2.1.

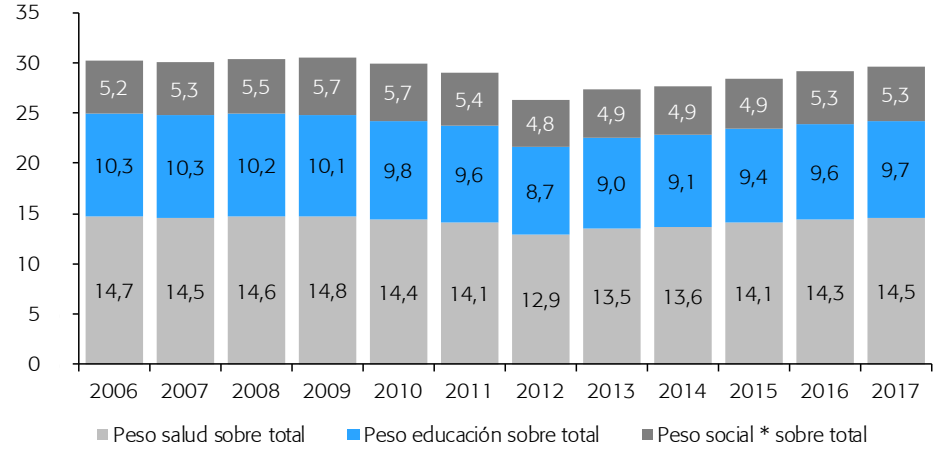
GASTO EN SERVICIOS PÚBLICOS FUNDAMENTALES SOBRE TOTAL DE GASTO NO FINANCIERO ENTRE 2006 Y 2017 (Porcentaje)



Fuentes: Contabilidad Nacional (INE), IGAE y elaboración propia.

GRÁFICO 2.2.

PESO RELATIVO DEL GASTO NO FINANCIERO EN SERVICIOS PÚBLICOS FUNDAMENTALES SOBRE TOTAL DE GASTO NO FINANCIERO ENTRE 2006 Y 2017 (Porcentaje sobre el total*)



Nota: * Total= descontados gastos no financieros de la Seguridad Social y clases pasivas de la Administración Central.

Fuentes: Contabilidad nacional. IGAE y elaboración propia.

El gasto en protección social sobre el total de gasto no financiero en servicios públicos fundamentales representa un 5,3% del total (según cifras de 2017) y su comportamiento ha sido algo más estable que en salud o educación, lo que no es óbice para que también se observe algún ajuste en los años más intensos de la crisis.

2.1.1. Distribución del gasto en servicios públicos fundamentales por niveles de gobierno

El análisis del comportamiento esperado del gasto social se focalizará sobre las comunidades autónomas porque, como es sabido, es la parte mayoritaria, desde que en 2002 se hicieran efectivos los traspasos competenciales a las comunidades autónomas de vía "lenta" (las que se conformaron en virtud del artículo 143 de la Constitución[55]) y asumieron de forma más tardía las competencias en materia sanitaria y educativa. En todo caso, conviene revisar el peso competencial y de gestión efectiva de los distintos subsectores públicos sobre los mismos.

En relación al gasto sanitario, en 2009 los empleos no financieros prácticamente duplicaron los que se realizaban en el momento de recibir las competencias. Y desde entonces, las comunidades autónomas han gestionado de forma estable el 92% de todo el gasto realizado. El resto de subsectores (Administración Central, corporaciones locales y Seguridad Social) se han encargado en promedio anual de 5.100 millones de euros, de los cuales la mitad ha correspondido a la Administración Central, y algo menos de un tercio a los fondos de la Seguridad Social, que aún mantienen competencias mínimas en el ámbito sanitario.

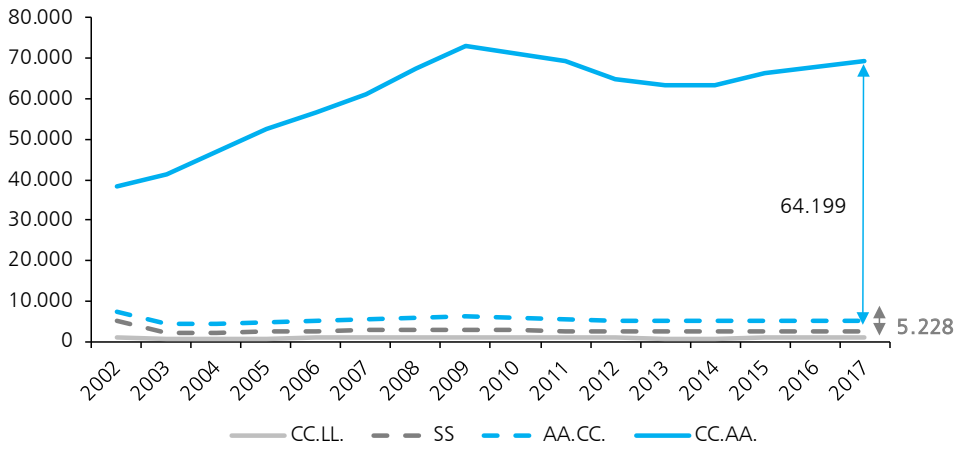
Los 2.770 millones de euros, en promedio de los últimos tres años, que ha gestionado la Administración Central en materia de salud se explica principalmente por las competencias exclusivas que le otorga la Constitución en materia de sanidad exterior, legislación básica y coordinación general de la sanidad y normativa sobre productos farmacéuticos.

El peso del gasto autonómico sobre el total de gasto en educación realizado en España permanece igualmente estable en torno al 91%. En este caso, el montante global que gestiona el resto de administraciones se reduce hasta los 4.000 millones de euros, de los cuáles las corporaciones locales gestionan

[55] Todas las comunidades menos las comunidades forales y Andalucía, Cataluña, Galicia, Canarias y Comunidad Valenciana.

GRÁFICO 2.3.

DISTRIBUCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO POR NIVELES DE GOBIERNO. 2002-2017 (Gráfico en líneas apiladas)



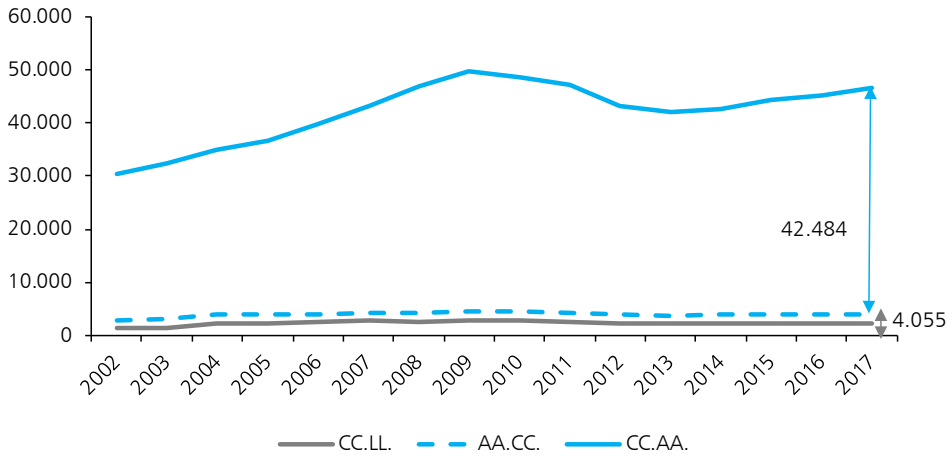
Fuentes: Contabilidad Nacional (INE), Clasificación COFOG. IGAE y elaboración propia.

2.360 millones de euros en media del periodo (5,1% del total de gasto). Este volumen de recursos que destina el sector local se explica por su papel en la planificación educativa de los municipios, la configuración de la red de centros local, la conservación, mantenimiento, vigilancia de centros de enseñanza no universitaria, la gestión de la escolarización y la construcción de centros educativos nuevos. Asimismo, los ayuntamientos vienen realizando una amplia serie de actuaciones englobadas bajo este epígrafe: educación infantil, educación especial, educación de adultos, aulas de teatro o música, conservatorios y escuelas de música, Universidad Nacional de Educación a Distancia, transporte escolar, comedores escolares, actividades deportivas, seguridad vial, educación ambiental, centros de profesores, servicios complementarios, asociaciones de padres, consejos escolares, educación compensatoria, aulas de naturaleza, becas, etcétera.

El gasto estatal en educación, en términos cuantitativos, tiene un carácter aún más residual sobre el total, con un 3,6% aproximado del total como resultado del tipo de competencias sobre las que mantiene reserva exclusiva, fundamentalmente normativas. Entre ellas, hay que destacar las competencias básicas dirigidas a salvaguardar la homogeneidad y unidad sustancial del sistema educativo garantizando las condiciones de igualdad en los derechos

GRÁFICO 2.4.

DISTRIBUCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL GASTO EDUCATIVO PÚBLICO POR NIVELES DE GOBIERNO. 2002-2017. (Gráfico en líneas apiladas)



Fuentes: Contabilidad Nacional (INE), Clasificación COFOG. IGAE y elaboración propia.

educativos fundamentales[56]. No obstante, también mantiene competencias de índole ejecutiva. Le corresponde al Estado entre otras cuestiones: el establecimiento de la ordenación general del sistema educativo, la determinación de los requisitos mínimos de los centros de enseñanza, la programación general de la enseñanza y la fijación de las enseñanzas mínimas. Asimismo, también tiene asignada la concreción de la política gubernamental en materia de educación de tres a seis años, educación primaria y secundaria así como en la educación superior, exterior, estadística, Ceuta y Melilla, becas, relaciones internacionales, convalidaciones y homologaciones.

Los gastos en servicios sociales se recogen dentro de la función de gasto de protección social, objetivo prioritario de las administraciones públicas. El total de gasto no financiero público bajo esta función ascendió en 2017 a más de 193.000 millones de euros, incluyendo en este caso las prestaciones gestionadas por los organismos de la Seguridad Social (pensiones y desempleo mayoritariamente). Sin embargo, como ya se ha advertido, el foco del análisis se centra

[56] En este sentido, destacar el gasto asociado a la garantía del Sistema Estatal de becas y ayudas al estudio con el fin de asegurar la provisión de los bienes y servicios educativos necesarios para el adecuado ejercicio del derecho a la educación a los colectivos que no alcanzan niveles de renta suficiente; así como asegurar la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a la enseñanza no obligatoria, tratando de eliminar los obstáculos que la impidan o dificulten.

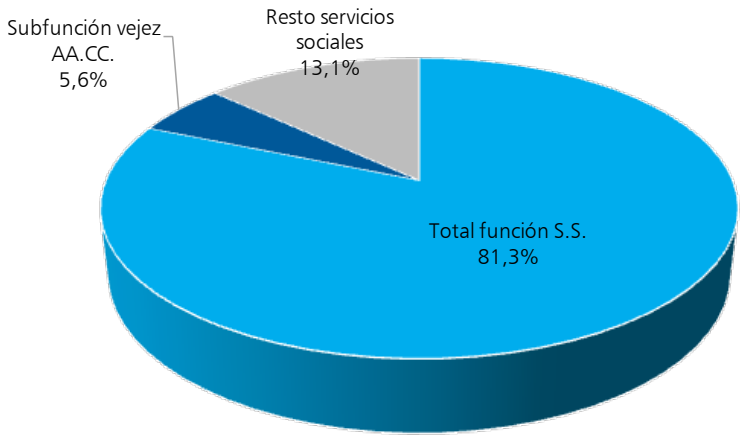
en las prestaciones sociales gestionadas por las haciendas autonómicas, lo que nos lleva a excluir el 87% del gasto total en protección social, que se explica por líneas específicas de la Seguridad Social y las pensiones por clases pasivas que asume a su vez la Administración Central.

El 13% restante de los empleos no financieros de las administraciones públicas en concepto de protección social, unos 25.300 millones de euros en 2017, se gestionan de forma mucho más repartida entre los tres subsectores que los gastos en sanidad y educación –que pivotan mayoritariamente sobre las comunidades autónomas–. Este remanente de gasto en servicios sociales corresponde en un 44% a las CC.AA., un 29,5% a la Administración central[57] y un 26% a las CC.LL.

No obstante, los 7.488 millones en 2017 que correspondería a prestaciones sociales gestionadas por la Administración Central sigue incluyendo algunos importes en concepto de pensiones[58], prestaciones por incapacidad temporal, prestaciones por desempleo realizadas a través del Instituto para la Reestructu-

GRÁFICO 2.5.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN PROTECCIÓN SOCIAL: PENSIONES Y DESEMPLEO VS. RESTO DE PRESTACIONES, 2017



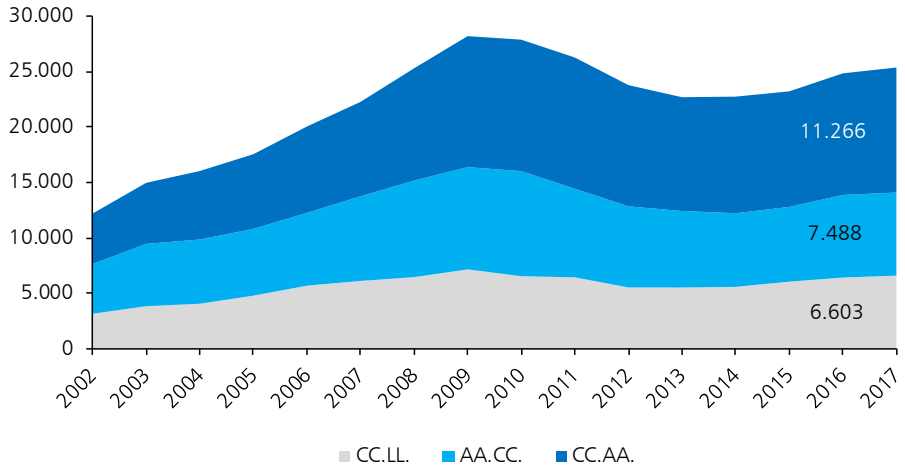
Fuentes: Contabilidad Nacional (INE), Clasificación COFOG y elaboración propia.

[57] Descontada la subfunción 10.2. correspondiente a vejez coincidente en gran medida con el abono de las jubilaciones por clases pasivas.

[58] Dado que se tratan de importes más moderados y no se dispone de información de detalle sobre su peso en la información estadística que facilita la clasificación COFOG en contabilidad nacional, no se han descontado.

GRÁFICO 2.6.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PROTECCIÓN SOCIAL DISTINTO DE PENSIONES Y DESEMPLEO ENTRE NIVELES DE GOBIERNO, 2002-2017



Fuentes: Contabilidad Nacional (INE), Clasificación COFOG y elaboración propia.

ración de la Minería del Carbón, de IZAR y RTVA, prestaciones familiares y por hijos como las deducciones por maternidad, por familia numerosa y por familiar a cargo con discapacidad, ayudas para inversiones en vivienda y otros gastos[59].

El gasto en servicios sociales realizado por el sector local recoge a su vez prestaciones de distinta tipología correspondientes a las distintas subfunciones. Por orden de relevancia económica, el mayor importe, más de 2.600 millones de euros, es el contabilizado bajo la subfunción de vejez[60], seguido de prestaciones por familias e hijos, las de enfermedad e incapacidad y distintas prestaciones en materia de exclusión social.

El gasto en protección social realizado por las comunidades autónomas incluye las prestaciones y transferencias realizadas en materia de dependencia, cuyas proyecciones a medio plazo se han realizado de forma diferenciada: (i) se ajustan a un marco normativo básico singular en el conjunto autonómico[61] y (ii) con diferentes grados de implantación en los distintos territorios. Debe

[59] Como los beneficios en efectivos y especie dirigidos a víctimas de diferentes catástrofes o la adquisición de alimentos y suministros con motivo de movilizaciones urgentes en caso de desastres.

[60] Principalmente, remuneraciones de asalariados y consumos intermedios.

[61] Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

tenerse en cuenta que la información facilitada en la clasificación COFOG de contabilidad nacional no permite diferenciar con exactitud el gasto en materia de dependencia ya que este se encuentra repartido entre las subfunciones de enfermedad e incapacidad y la de vejez, como se explica más adelante[62]. En el epígrafe 3.5., se propone una metodología para aproximarnos al importe que supone para las comunidades autónomas los servicios sociales distintos de dependencia. El cálculo aporta una cifra aproximada de 4.321 millones de euros, lo que representa el 38% del total contabilizado en la función de protección social, que corresponderían a servicios sociales de distinta índole, cuya caracterización se aproxima a la definición de asistencia social. De hecho, buena parte de las actuaciones que se incluyen en dicho importe corresponden al ámbito de la exclusión social, con más de 2.400 millones de euros asignados a dicha subfunción.

En este sentido, resulta pertinente diferenciar qué tipo de prestaciones son las que encajan dentro de la definición de asistencia social, que coinciden con los gastos en servicios sociales distintos de la dependencia gestionados por las comunidades autónomas. La asistencia aocial se articula como una parte de la protección social consistente en un conjunto de mecanismos para paliar diferentes estados de necesidad de los ciudadanos, bien a través de recursos o bien a través de servicios. Por lo general, los beneficiarios deben acreditar su situación de necesidad real para acceder al reconocimiento del derecho a la prestación. No existe una tipificación *a priori* de las prestaciones, sino que estas dependen finalmente de los recursos públicos que las administraciones pongan a disposición de la política social.

La atribución de esta competencia a las comunidades autónomas queda recogida en el artículo 148.1.20. de la Constitución, mientras que el artículo 149.1.17. asigna la competencia sobre legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social al Estado. A diferencia de la asistencia social de la Seguridad Social[63], el gasto de las comunidades autónomas en esta materia es discrecional, dependiendo en gran medida del presupuesto que se destine a las partidas específicas. Esta discrecionalidad explica –como se verá más adelante– una gran heterogeneidad entre ellas en materia de protección social y la exigencia de requisitos muy distintos para acceder a las prestaciones.

[62] Tampoco la información por programas presupuestarios de cada comunidad permite hacerlo con carácter general por no existir en muchas ocasiones un subprograma específico o bien repartirse los importes de la implantación del sistema entre distintos subprogramas.

[63] La Seguridad Social también incluye protección asistencial en línea con lo recogido en el artículo 41 de la Constitución señala que el sistema se dirige a todos los ciudadanos con independencia de que hayan cotizado de forma suficiente. En este ámbito se situarían las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social cuyo acceso depende del cumplimiento de los requerimientos exigidos en la normativa respectiva. Las prestaciones familiares también quedarían contempladas en este ámbito.

2.1.2. Evolución del gasto en los servicios públicos fundamentales por componentes

Para mejorar el análisis de cada uno de los servicios públicos fundamentales se realizará un desglose por componentes, según las distintas tipologías de gasto que corresponden a funciones más específicas y en la medida que la información disponible lo permita. En concreto, este mayor detalle es posible en el gasto sanitario y en el educativo por dos motivos: (i) los componentes están especialmente tipificados, (ii) las principales fuentes de información asociadas cuentan con detalle suficiente para realizar proyecciones de gasto por distintos componentes[64].

2.1.2.1. Evolución por componentes del gasto sanitario

Por su relevancia sobre el total, y atendiendo a la literatura disponible en relación a la evolución esperada del crecimiento del gasto sanitario, hemos distinguido cuatro componentes básicos[65]:

1. Servicios hospitalarios y especializados, que constituyen el gasto sanitario prioritario. Su peso se ha incrementado hasta diez puntos porcentuales entre 2002 y 2017, alcanzando el 63,2% del total.

2. Servicios primarios de salud, asociados a la atención primaria en centros de salud o equivalentes. Su significatividad ha oscilado entre el máximo del 14,6% (2008) y el 13,5% del último año disponible (2017).

3. Farmacia, referida a las recetas dispensadas[66], que ha registrado un ajuste a la baja de seis puntos y medio de peso relativo sobre el total, situándose en el último ejercicio en un 17% del conjunto.

4. Resto de componentes, que agrupa epígrafes tan variados como "Servicios de Salud Pública", "Servicios colectivos de salud", "Traslados, prótesis y aparatos terapéuticos" y "Gastos de capital"[67]. Su peso relativo se ha reducido progresivamente en todo el periodo hasta un mínimo del 6%, unos 4.000 millones de euros. Este resto aglutina gastos de

[64] No obstante, la falta de información también ha conducido –como se verá en los capítulos 3 y 4- a aglutinar varios componentes bajo un epígrafe único (caso gasto sanitario) o simplificar la tipificación de partida (caso gasto educativo).

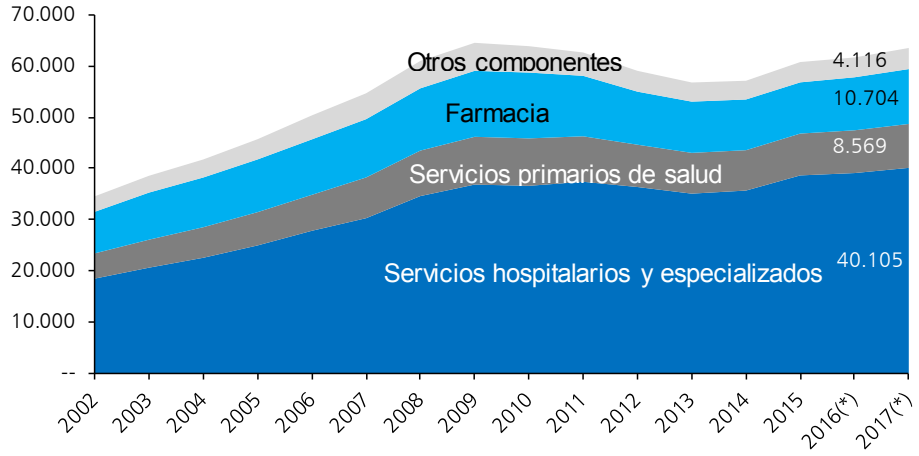
[65] La Cuenta Satélite del Gasto Sanitario facilita información completa por estos componentes.

[66] La farmacia hospitalaria está integrada en el gasto hospitalario y especializado.

[67] De nuevo atendiendo a la clasificación que facilita la Cuenta Satélite del Gasto Público Sanitario.

GRÁFICO 2.7.

GASTO PÚBLICO EN SALUD POR COMPONENTE
(Millones de euros, corrientes)



Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.

muy diversa tipología y cuya evolución responde a demandas e variables muy diversas.

El análisis de la evolución por componentes ha sido bastante similar a la registrada por el gasto no financiero total. Expansión hasta 2009, contracción hasta 2014 y lenta recuperación posterior, con distinto alcance en cada componente. Mientras "Farmacia" y "Servicios primarios de salud", han sido los componentes que han recogido mayores ajustes, los "Servicios hospitalarios y especializados" han presentado mayor resistencia al ajuste, condicionados previsiblemente por una mayor sensibilidad de la ciudadanía a este tipo de gasto. En el último ejercicio disponible, 2017, las tasas de variación interanual registradas por el gasto total y por componentes son positivas, acordes a un presupuesto con menores restricciones: un +3% del conjunto, un +2,6% en servicios primarios y hospitalarios y especializados, y un repunte más claro en Farmacia, +3,5%, y resto de componentes, +6,5%.

2.1.2.2. Evolución por componentes del gasto educativo

El análisis de la evolución por componentes del gasto educativo se realiza igualmente desde 2002, ejercicio en el que se inició el traspaso de la compe-

tencia a la totalidad de comunidades autónomas. Si seguimos la clasificación COFOG podemos disponer de información sobre las siguientes subfunciones de gasto:

1. Educación preescolar y primaria, bajo este epígrafe las comunidades autónomas comparten gastos con el sector local como resultado de la participación de las corporaciones en el refuerzo de la escolarización infantil.

   El total autonómico por este concepto asciende a 15.886 millones de euros en 2017, lo que supone un 37,4% del gasto total que realiza. Este porcentaje se ha mantenido estable a lo largo del periodo completo 2002-2017.

2. Educación secundaria y postsecundaria no terciaria, con más de 17.000 millones en 2017, con una participación promedio sobre el total de gasto del 40%.

3. Educación de tercer ciclo, que se sitúa al final del periodo por encima de los 5.800 millones de euros. Su representatividad ha caído casi dos puntos porcentuales con respecto al nivel inicial de 2002.

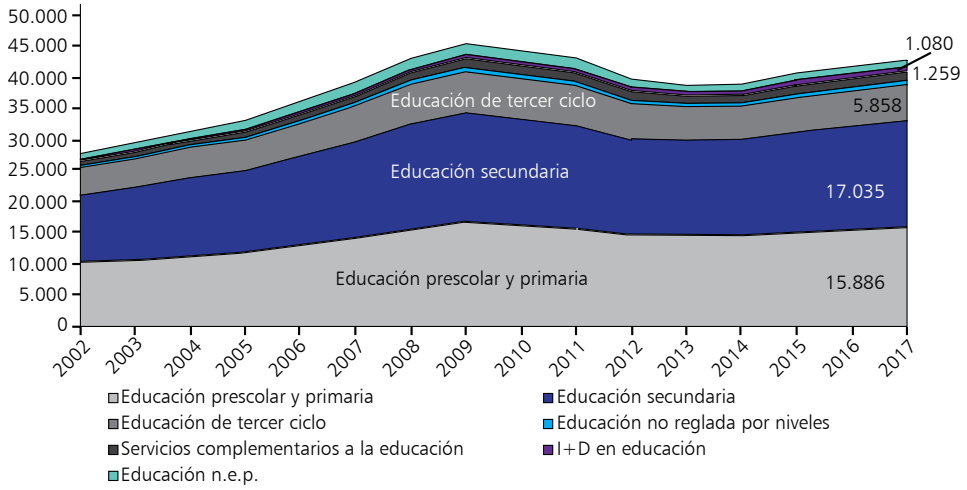
4. El resto de epígrafes de gasto representa porcentajes mínimos sobre el conjunto: Educación no reglada por niveles (2%), Servicios complementarios a la educación (3%), Educación n.e.c. (3%) e I+D, con un mínimo 1% sobre el total de gasto.

En cuanto a la evolución del gasto por componentes, la trayectoria asume una pauta similar a la observada en el gasto sanitario al resultar también condicionada por el proceso de consolidación presupuestaria. Los máximos del periodo se contabilizan para todos los componentes en 2009, siguiendo posteriormente una senda de contracción hasta alcanzar los mínimos en 2013. La trayectoria se recupera progresivamente, aunque siempre por debajo de los máximos registrados. El componente más penalizado es la Educación de tercer ciclo, que se sitúa en 2017 al 91% del valor registrado en 2009.

Los ritmos de crecimiento más altos se registran entre 2006 y 2009, con un aumento interanual promedio del 9%, que se traslada a todos los componentes, incluso a los menos representativos, como I+D y los Servicios complementarios. En la etapa de restricciones presupuestarias fue la educación no universitaria la que primero comenzó a ajustarse (en 2010), para posteriormente extenderse las medidas al resto de componentes.

GRÁFICO 2.8.

GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN POR COMPONENTE EN ESPAÑA
(Millones de euros, corrientes)



Fuentes: Contabilidad Nacional, COFOG.

2.2. El problema de la sostenibilidad de los programas territoriales de bienestar en ausencia de recursos afectados a su financiación. Posicionamiento de España en el contexto internacional: criterios y *benchmarking*

2.2.1. El gasto en sanidad en el contexto internacional: avances en materia de sostenibilidad fiscal

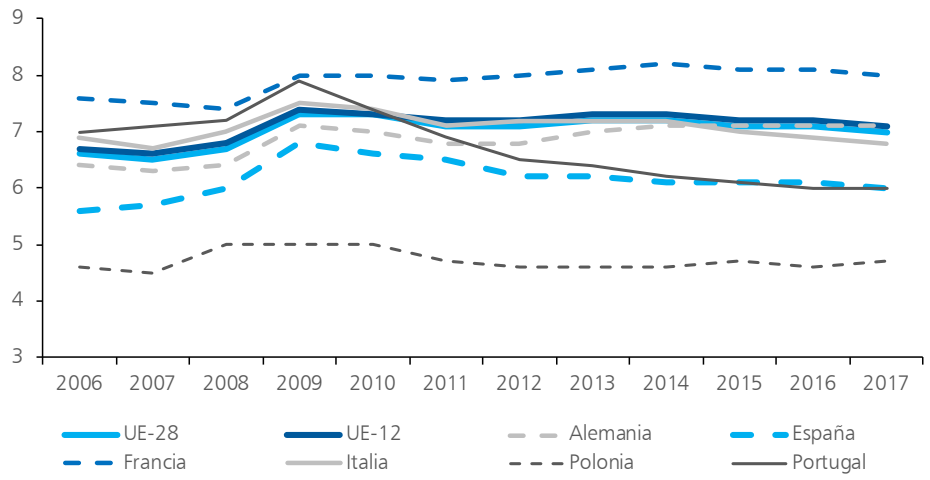
Durante los años previos a la crisis, el crecimiento del gasto sanitario superaba al crecimiento económico en la mayoría de los países de la OCDE[68]. Desde la perspectiva de la sostenibilidad fiscal esta inercia representa una amenaza porque la financiación pública supone al menos tres cuartas partes del total del gasto en sanidad en la OCDE. En este sentido, en el gráfico 2.3. se observa un común denominador en la evolución del gasto público sanitario sobre PIB, en los principales referentes europeos, incluido España, entre 2006 y 2017. Con independencia del nivel de gasto público de cada país, se aprecia en todos los

[68] *Fiscal Sustainability of Health Systems Bridging Health and Finance Perspectives.* Septiembre, 2015. www.oecd.org/health

casos una ganancia de peso significativa entre 2006 y 2009, y una inflexión posterior a partir de dicho ejercicio. Con la recuperación económica, las medias de la UE han retornado a niveles previos a la crisis (7%-7,2% PIB) aunque ligeramente por debajo del máximo del periodo (2009). En algunos países como Alemania y Francia han retornado a dicho máximo, mientras que otros como Polonia, Italia, España, y especialmente Portugal se han quedado claramente por debajo del nivel de 2009.

GRÁFICO 2.9.

PESO RELATIVO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO SOBRE PIB EN PAÍSES EUROPEOS DE REFERENCIA 2006-2017 (Porcentaje sobre el PIB)



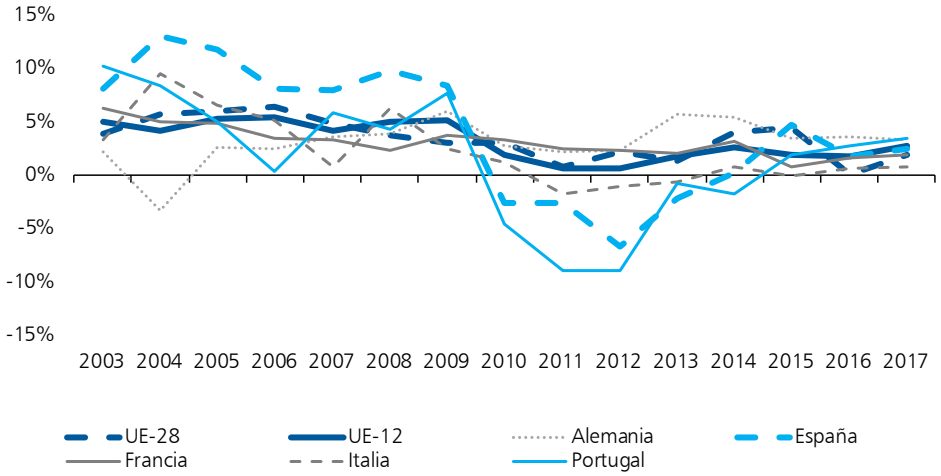
Fuente: Eurostat. Data base.

En el gráfico 2.10., que amplía el periodo de referencia hasta 2002-2003, se constata la generalización de un crecimiento sostenido en el periodo precrisis en términos corrientes, resultando de especial intensidad en el caso de España, con crecimientos en algunos ejercicios superiores al 10%. En contraste, tanto España como Portugal experimentan una contracción muy intensa en la fase recesiva en contraste con la desaceleración de la media y los principales países seleccionados.

Esta evolución del gasto sanitario total se ha traslada al gasto público per cápita en términos reales. Mientras en algunos países como Alemania o Francia se ha mantenido el nivel de gasto público per cápita, en otros como Italia, Irlanda, España o Portugal, se registran ajustes muy relevantes (-6,6% España 2012 y Portugal -9,1%).

GRÁFICO 2.10.

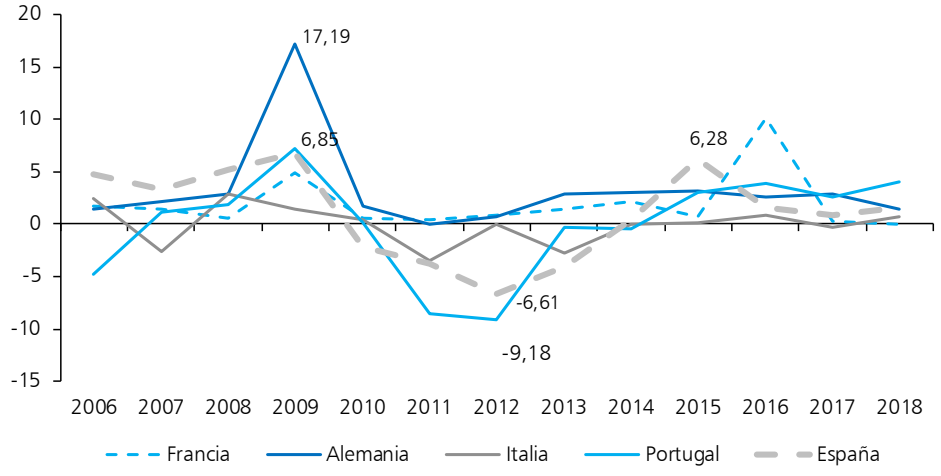
VARIACIÓN INTERANUAL DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD 2003-2017 (Porcentaje i.a.)



Fuente: Data base (Eurostat).

GRÁFICO 2.11.

CRECIMIENTO DEL GASTO PÚBLICO PER CÁPITA, EN TÉRMINOS REALES 2006-2018



Fuente: Health Statistics 2019 (OCDE).

Por tanto, las políticas de austeridad y la aplicación de distintos mecanismos para asegurar la sostenibilidad financiera del gasto sanitario, han tenido un claro impacto sobre su evolución, limitando su crecimiento en unos países y en otros, aplicando importantes ajustes.

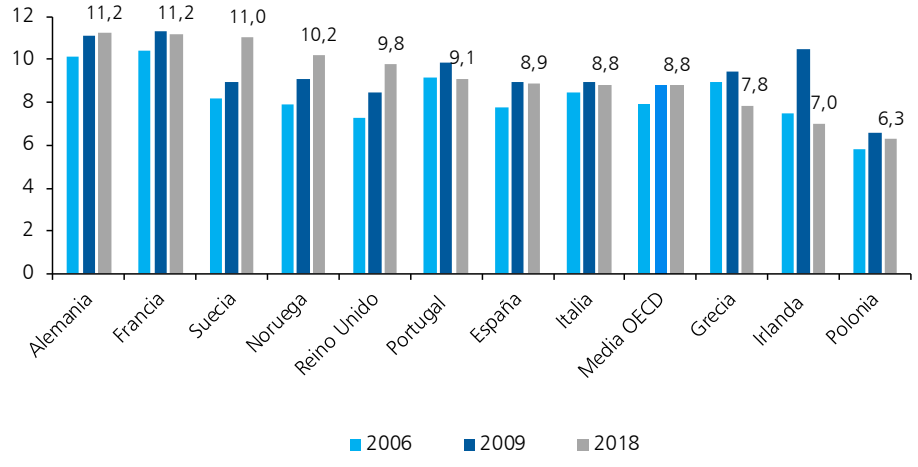
Posicionamiento actual de España con respecto a los principales benchmark y proyecciones de los organismos internacionales

Los principales indicadores para evaluar la posición de España en gasto sanitario total y público con respecto a las medias internacionales, principales países de referencia, y avanzar conclusiones sobre su sostenibilidad a partir del estudio comparado son:

- Peso del gasto total y público sobre PIB.
- Crecimiento esperado del gasto total y público en relación al crecimiento económico previsto.
- Porcentaje que supone el gasto sanitario público sobre el total del gasto de las administraciones públicas.

GRÁFICO 2.12.

GASTO EN SALUD (PÚBLICO Y PRIVADO)
(Porcentaje sobre el PIB) 2006-2018

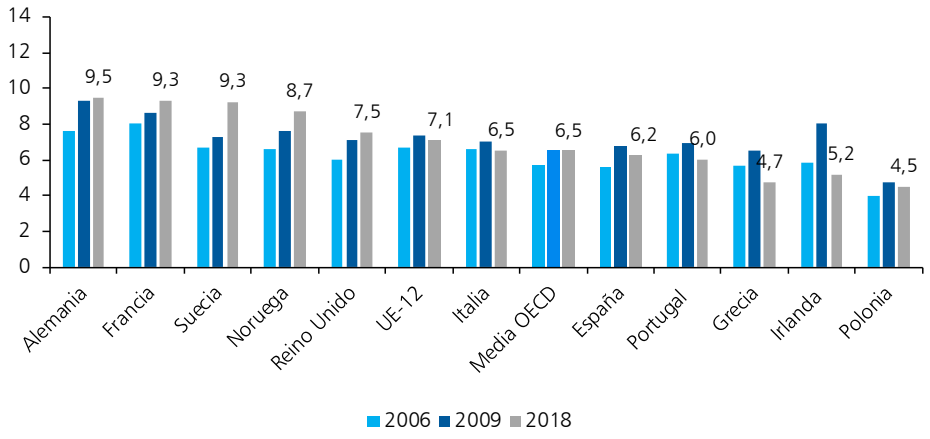


Fuente: Health Statistics 2019 (OCDE).

El primer referente lo constituye el gasto sanitario sobre el PIB en términos porcentuales. Como veremos, España está alineado con respecto a la media en términos de gasto total, pero registra un ligero retroceso si se limita al financiado públicamente.

GRÁFICO 2.13.

GASTO PÚBLICO EN SALUD
(Porcentaje sobre el PIB) 2006-2018



Fuente: Health Statistics 2019 (OCDE).

España sitúa su gasto en salud (privado y público) en 2018 en el 8,9% del PIB, alineado con la media OCDE –una décima inferior– pero casi dos puntos y medio de distancia de los referentes de la UE como Francia y Alemania, con un 11,2% sobre PIB. En cambio, el gasto sanitario financiado con fondos públicos se sitúa más claramente por detrás de la media internacional, registrando en 2018 un 6,2% sobre el PIB, frente al 6,5% de la OCDE. Como hemos visto, la crisis ha provocado que el máximo de España del 6,8% alcanzado en 2009, haya experimentado una importante contracción en los ejercicios sucesivos como consecuencia del proceso de consolidación presupuestaria, sin haberse recuperado en 2018. Este proceso ha sido compartido con distinto alcance con otros países, como Italia, Portugal, Polonia y especialmente, Grecia e Irlanda, que ha llegado a retroceder casi tres puntos porcentuales.

Sin embargo, una vez superados los efectos de la crisis, se espera que el gasto sanitario vuelva a aumentar en el medio y largo plazo constituyendo un reto para la sostenibilidad fiscal.

Las últimas proyecciones de la OCDE[69] avanzan una tasa anual promedio de crecimiento del gasto en salud (público y privado) per cápita del 2,7% en toda la OCDE en el escenario base –con un crecimiento promedio del PIB del 2,1%[70] –. El diferencial apunta hacia un riesgo significativo de sostenibilidad. Los escenarios que ha planteado la OCDE reflejan supuestos distintos de crecimiento económico, productividad, salud y envejecimiento[71]. La horquilla inferior, bajo un escenario de control de costes, sitúan el crecimiento per cápita en el 2,2% *i.a.,* mientras que uno de presión de costes se elevaría hasta el 3,1%. Su previsión anticipa que el gasto en salud de todos los países de la OCDE, y todos sus escenarios, superará el crecimiento del PIB en los próximos quince años. En toda la OCDE, bajo el escenario base, se espera que el gasto en salud alcance los 10,2% del PIB en 2030 en comparación con 8,8% de 2015-2018 –casi un punto y medio porcentual de crecimiento–. Los únicos países para los que esperan una ligera disminución en el indicador son Letonia, Hungría y Lituania, gran parte debido a la previsión de reducción del tamaño de la población[72] en las próximas décadas. La mayor parte de los países esperan aumentos moderados del gasto en salud como porcentaje del PIB, sólo Estados Unidos espera un crecimiento más elevado.

En ausencia de políticas de contención, la OCDE señala como principales factores de presión sobre el gasto público sanitario las nuevas tecnologías, que se extienden al alcance, variedad y calidad de los servicios médicos, el incremento de rentas, que genera mayor expectación sobre la calidad y alcance de los cuidados, y en menor medida, el envejecimiento poblacional.

Sin embargo, la institución internacional reconoce que la complejidad de controlar el crecimiento del gasto sanitario público por dos razones fundamentales: i) La prioridad que supone para la ciudadanía en su conjunto, que lo sitúa en el principal punto de mira de cualquier debate sobre el gasto público, ii) El

[69] *Projections of health expenditure. Health at a Glance* 2019. OCDE. Lorenzoni, L. *et al.* (2019), *Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology, OECD Health Working Papers,* No. 110, OECD.

[70] Nuestras previsiones en el escenario fiscal para España (epígrafe 1.5.) se han basado en una hipótesis de crecimiento real algo inferior, del 1,8% de media.

[71] En cualquier caso, han pesado especialmente los factores de "estilos de vida" (tabaquismo, alcohol, obesidad) Por su complejidad no se han abordado en nuestro estudio. La inclusión de estos factores habrían tenido impacto en la prevalencia de los procesos sanitarios por edad y género que se han dejado constantes en sobre el último ejercicio disponibles. Las diferencias básicas de nuestro planteamiento con respecto al modelo de la OCDE son principalmente que la OCDE se refiere al gasto total sanitario (público y privado) en contrate con nuestro enfoque estrictamente público, y además la OCDE incorpora escenarios complementarios con múltiples factores variables (tecnología, prevalencia, demografía y nivel de recursos per cápita) frente al nuestro, en el que sólo varía la tecnología. La literatura –como se exponte posteriormente– asigna también un factor determinante al nivel de recursos con el crecimiento del gasto sanitario.

[72] Esta previsión viene a confirmar la relevancia de la proyección demográfica y el impacto significativo en el conjunto de la pérdida poblacional.

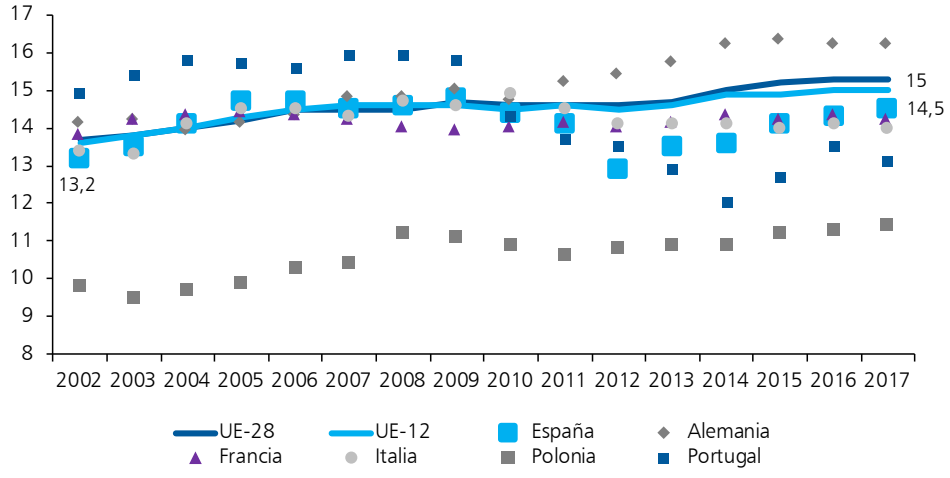
elevado número de partes interesadas (compradores, proveedores de servicios, intermediarios administrativos, etc.) que intervienen entre el beneficiario de la asistencia sanitaria y recursos públicos que lo financian limitando el control efectivo del gasto en salud.

Como hemos avanzado, otro indicador que constituye potencialmente una buena referencia de la sostenibilidad fiscal del gasto sanitario es su peso sobre el gasto no financiero total. Con la crisis, el porcentaje del gasto sanitario sobre el gasto público se ha incrementado, alcanzando aproximadamente el 15% del total. Esta evolución es una señal de posibles tensiones presupuestarias que indican, como advierte la OCDE, el riesgo de que el gasto en salud siga desplazando otras áreas presupuestarias.

Como se aprecia en el gráfico 2.14. España destina a gasto en salud el 14,5% de sus empleos no financieros, situándose medio punto por debajo del valor alcanzado por la media UE-12 y a ocho décimas porcentuales de la UE-28. Esta situación supone un incremento de la tensión presupuestaria en algo más de un punto con respecto a la situación de 2002 y aproximarse al valor máximo que registró en 2009 (14,8%), alineado a su vez con los observados en Francia e Italia. El mínimo alcanzado, esto es, el ejercicio en el que se dispuso de mayor margen presupuestario para otras áreas fue 2012 (12,9%), coincidiendo con

GRÁFICO 2.14.

GASTO PÚBLICO EN SALUD SOBRE GASTO PÚBLICO TOTAL, 2002-2017
(Porcentaje)



Fuente: Eurostat. Data base.

la etapa de ajuste. Desde entonces, la ratio se ha incrementado en más de un punto y medio porcentual. El punto máximo de la horquilla corresponde a Alemania, donde ha aumentado progresivamente la parte de presupuesto destinada a sanidad desde 2011 hasta 2017 y entre los países seleccionados, Polonia y Portugal, se encuentran en los valores mínimos.

Por tanto, la necesidad de asegurar que el gasto en salud respeta las restricciones de sostenibilidad fiscal constituye una preocupación compartida a nivel internacional. En este sentido, la OCDE SBO-Health Officials Joint Network identificó una serie de herramientas de política económica que pueden ayudar a los países a controlar el crecimiento del gasto en atención médica. Como primer paso, la OCDE requiere a los países a que identifiquen y monitoricen la sostenibilidad fiscal de sus respectivos sistemas sanitarios, evalúen los factores políticos e institucionales que les afectan, y tercero, implementen mecanismos políticos y herramientas que mejoren la sostenibilidad del gasto. En concreto, señalan a Francia, Reino Unido y Holanda como países que han llevado a cabo iniciativas de reforma exitosas y exigen negociar con las partes interesadas clave, tanto dentro como fuera del sistema de salud.

En la fase de diagnóstico, destacan la importancia de contar con información completa sobre gasto sanitario y los recursos para su financiación para controlar el crecimiento del gasto sanitario y asegurar su sostenibilidad. Las herramientas incluyen: proyecciones a largo plazo, teniendo en cuenta factores económicos y demográficos, requerimientos de gasto en el corto plazo para dimensionar sus presupuestos, información específica sobre el nivel de gasto actual, y la evaluación de las fuentes de financiación posibles.

En lo que respecta a la evaluación de los factores de riesgo de la sostenibilidad financiera, algunos países han desarrollado objetivos de techo de gasto sanitario durante varios años. Estos límites se han caracterizado más por factores económicos que específicamente sanitarios. De todos modos, el sobregasto en salud –entendido como un crecimiento superior del gasto en salud que el del total del presupuesto– sigue siendo en opinión de la OCDE un problema común a la mayor parte de los países que refleja dificultades en el control del sistema de gestión sanitaria.

Asimismo, la OCDE también identifica la descentralización de los sistemas de salud en muchos países miembros como un factor que incide en el riesgo de sostenibilidad. En algunos países, entre los que se encuentra España como referente, las haciendas subcentrales juegan un importante papel en la gestión del gasto. En la media internacional, éstas son responsables del 30% del gasto sanitario pero este porcentaje alcanza el 90% en países federales, cuasi-federales y

en el norte de Europa[73]. El control del coste en este caso resulta más complejo ya que se incrementa el número de partes interesadas y suelen relajarse las restricciones presupuestarias en la práctica.

La crisis económica ha provocado que muchos países en riesgo de sostenibilidad de su gasto sanitario hayan formulado distintos mecanismos para asegurar una evolución más moderada, evitando comprometer el acceso y calidad de la atención sanitaria. Siguiendo el papel elaborado por la OCDE este mismo año, los gestores públicos disponen de cuatro ámbitos desde los que pueden promover acciones orientadas a la sostenibilidad:

a) Mecanismos por el lado de la oferta

Buena parte de los países han aplicado medidas relativas a reforzar la competitividad en la provisión de servicios, la sustitución de genéricos y reformas en las políticas de compras que han conseguido moderar los costes. No obstante, los ajustes automáticos aplicados en los presupuestos sanitarios han contribuido a reducir el crecimiento de este gasto pero resultan ineficaces en la medida que han supuesto recortes tanto de gastos necesarios como innecesarios. Este ha sido el caso de la reducción de presupuesto en prevención sanitaria en algunos países (República Checa, Dinamarca, Estonia, Irlanda, Italia y Holanda) durante la crisis, donde los ahorros a corto plazo pueden no verse compensados con efectos negativos sobre c logros en salud en el largo plazo.

b) Mecanismos de demanda

La expansión de los costes compartidos ha contribuido igualmente a controlar los costes pero con impacto negativo en el acceso a la atención. Algunas medidas como la existencia del "médico de entrada" –como en Reino Unido– o una lista de medicamentos preferentes –como en USA y Canadá– han tenido un impacto positivo sobre el comportamiento del consumo pero efectos adversos sobre los pacientes. Asimismo, se evidencia que promover el aseguramiento sanitario privado tampoco tiene un impacto efectivo en el gasto público puesto que el sistema público continúa cubriendo el coste de los servicios y pacientes más caros (Australia, España y Reino Unido).

c) Gestión pública y reformas en coordinación

Las medidas concentradas en una gestión más eficiente y coordinada han tenido diferentes grados de éxito en los países. El control directo de los precios farmacéuticos y los beneficios han demostrado efectividad en la contención de

[73] Hemos visto que en España se sitúa en el 92%.

costes, como ha ocurrido en Canadá, Francia, Alemania y Japón. Sin embargo, a largo plazo los efectos sobre los incentivos en innovación son controvertidos. En este sentido, también hay que señalar las evaluaciones de coste-efectividad que promueven decisiones públicas más informadas y realistas pero que se han utilizado más en apoyar la salida de las listas de los productos con menor coste–efectividad.

d) Ingresos asociados

Por el lado de los ingresos, cada vez se defiende más la necesidad de aumentar los ingresos como respuesta al aumento de presión sobre el gasto. Cuando se exigen ingresos adicionales, parece adecuado avanzar hacia modelos de base más amplia, especialmente en países donde los sistemas de seguro sanitario son más dependientes de los impuestos sobre los salarios. Dinamarca, Francia, Alemania, Hungría, la República Eslovaca, Croacia y Eslovenia han ampliado los recursos a través de impuestos nuevos o de mayor alcance.

2.2.2. El gasto en educación en el contexto internacional

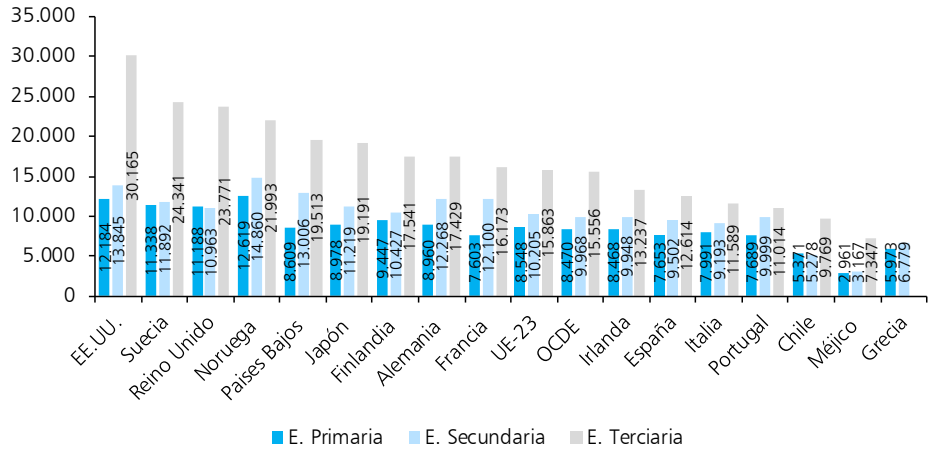
El gasto total por alumno en instituciones educativas (públicas, concertadas y privadas) en 2016 se situaba en España en 9.464 dólares equivalentes según paridad de poder adquisitivo (PPA), resultando inferior a la media de la OCDE (10.502 dólares) y a la UE-23 (10.688 dólares)[74]. En términos porcentuales, este resultado equivale al 90% de la media OCDE y el 88% de la UE-23.

Este indicador aporta información clave sobre la inversión realizada por estudiante en España en el contexto internacional. Como argumenta la OCDE, el nivel de gasto está afectado en cada país por: a) el salario de los profesores, b) los sistemas de pensiones, c) las horas lectivas y dentro de éstas, las horas de docencia, d) el coste de los materiales de docencia y otros recursos educativos, e) el programa ofertado –general u ocupacional, y f) el número de estudiantes inscritos en el sistema educativo. Las políticas para atraer profesores nuevos, reducir el tamaño medio de la clase o cambiar las estructuras de personal, también han demostrado que tienen un impacto significativo en el gasto por estudiante.

[74] Datos de la publicación de la OCDE: "Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE. 2019. Ministerio de Educación y Formación Profesional".

GRÁFICO 2.15.

GASTO ANUAL TOTAL (PÚBLICO Y PRIVADO) POR ALUMNO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA TODOS LOS SERVICIOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO (2016). (En dólares equivalentes según PPA, por nivel de educación sobre la base de equivalente a tiempo completo)



Fuentes: Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE, 2019. (Ministerio de Educación y Formación Profesional).

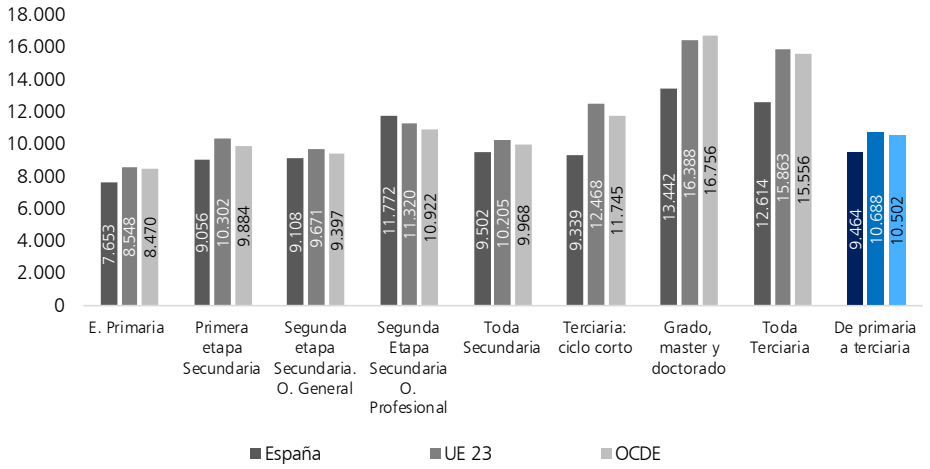
Como puede advertirse en el gráfico 2.15. España se sitúa por detrás de las medias internacionales, incluyendo el gasto privado en educación, en los tres niveles educativos analizados (primaria, secundaria y terciaria), resultando más relevante la brecha en educación terciaria, más de un 20% inferior a la media UE-23, y en primaria, un 10% menos.

En cuanto al posicionamiento con respecto a países que constituyen una referencia en el ámbito educativo, como Finlandia o Alemania, el diferencial se amplía. Por ejemplo, el nivel de gasto por alumno en España es el 81% del correspondiente al finlandés en enseñanza primaria, y el 71,9% en terciaria. Con respecto a Alemania, las diferencias siguen siendo significativas en estos dos niveles educativos: casi el 15% inferior en educación primaria y el 28% en terciaria. En cambio con respecto a Francia, el nivel de gasto en primaria es ligeramente superior pero se amplía la distancia en secundaria (más del 20% por debajo).

El gráfico 2.16. refuerza la comparativa de España frente a las medias internacionales para cada nivel educativo con el detalle de las distintas etapas

GRÁFICO 2.16.

GASTO ANUAL TOTAL (PÚBLICO Y PRIVADO) POR ALUMNO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA TODOS LOS SERVICIOS. DE EDUCACIÓN PRIMARIA A TERCIARIA. COMPARATIVA ESPAÑA – MEDIAS INTERNACIONALES (2016). (En dólares equivalentes según PPA, por nivel de educación sobre la base de equivalente a tiempo completo)



Fuente: Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE, 2019. (Ministerio de Educación y Formación Profesional).

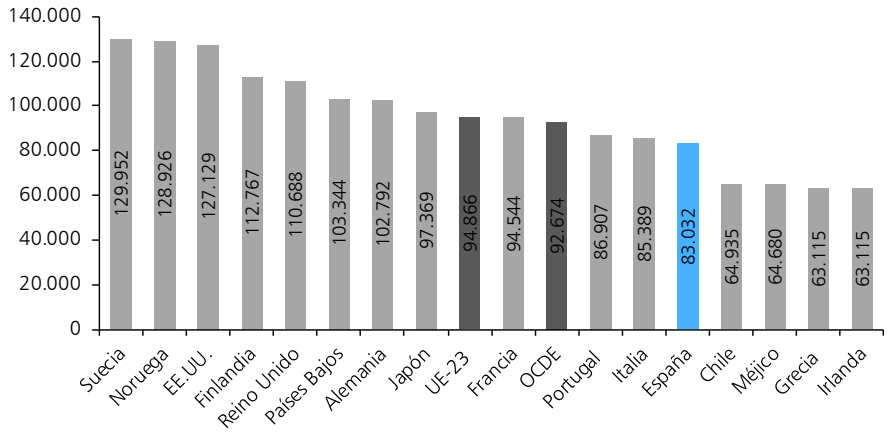
de secundaria y terciaria. Sólo en la Segunda etapa de Orientación Profesional la media nacional supera a las internacionales, mientras que el posicionamiento por debajo de los estándares se mantiene en todas las etapas de la terciaria. Previsiblemente un mayor sesgo en la orientación de los alumnos españoles hacia la educación terciaria frente a la orientación profesional explica los mejores resultados del nivel actual de gasto por estudiante en formación ocupacional en España.

Otro indicador significativo en el análisis de la inversión en educación en cada país es el gasto total acumulado por cada estudiante desde la edad de seis años hasta los quince años. De nuevo la media en España se sitúa por debajo de los referentes internacionales tanto por país –el 73% del nivel de gasto de Finlandia–, como en relación a las medias OCDE y UE-23 –con más de diez puntos porcentuales en ambos casos.

No obstante, una cuestión fundamental es la procedencia de los fondos destinados a educación en cada uno de los países, constituyendo un factor que puede condicionar el nivel de gasto final incurrido en cada uno. En tér-

GRÁFICO 2.17.

GASTO ACUMULADO POR ALUMNO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS ENTRE 6 Y 15 AÑOS (2016)
(En dólares equivalentes convertidos según PPA)



Fuente: Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE, 2019. (Ministerio de Educación y Formación Profesional).

CUADRO 2.1.

POSICIONAMIENTO DE ESPAÑA EN RELACIÓN AL NIVEL DE GASTO ACUMULADO POR ESTUDIANTE ENTRE 6 Y 15 (Porcentaje)

	% nivel de gasto acumulado de España sobre referente
Finlandia	73,6
Alemania	80,8
Francia	87,8
UE-23	87,5
OCDE	89,6

Fuente: Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE, 2019. (Ministerio de Educación y Formación Profesional).

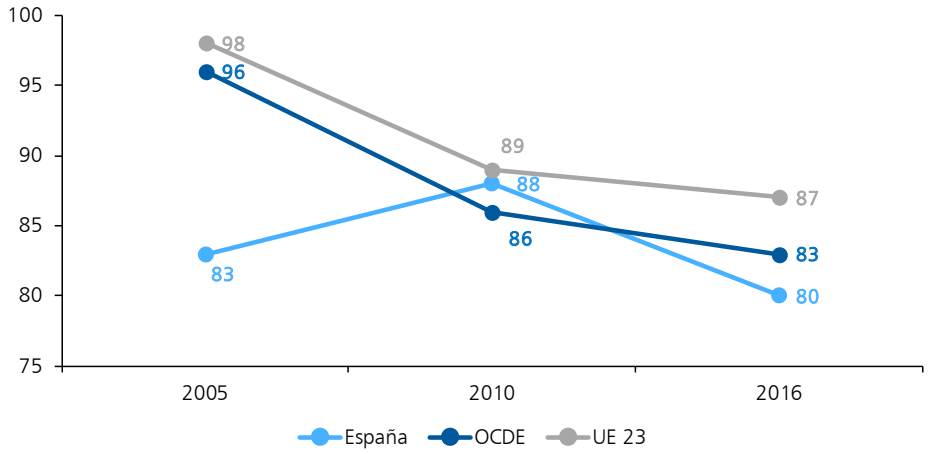
minos generales, la financiación mayoritaria de la Educación no universitaria es pública, alcanzando el 90% del total en la media OCDE y hasta el 92% en la UE-23. España vuelve a distanciarse con un 86% del total. Sin embargo, la financiación de origen privado (hogares u otras entidades) gana peso en España en la Educación Terciaria, con el 24% del total en la UE-23 y el 33% en España.

De hecho, como puede observarse en el gráfico 2.18. la composición relativa del gasto educativo entre 2010 y 2016 se ha visto significativamente afectada como resultado de la recesión económica. En España el gasto en educación con fondos públicos se ha reducido 7,5 puntos porcentuales a favor de un crecimiento de similar alcance de la procedente de fondos privados. En media OCDE y UE-23, se ha registrado un proceso similar de alcance mucho más limitado en estos seis años, con una contracción del peso de la financiación púbica en torno a 2,5 puntos porcentuales.

Si ampliamos el periodo de referencia hasta 2005, los cambios han sido más significativos en la media UE-23 y OCDE con una fuerte caída del origen público de los fondos, aunque la situación en 2016 vuelve a consolidar el mayor peso de la financiación pública en los referentes internacionales con respecto al caso de España (gráfico 2.18.).

GRÁFICO 2.18.

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE GASTO DE ORIGEN PÚBLICO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS



Fuentes: Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE, 2019. (Ministerio de Educación y Formación Profesional).

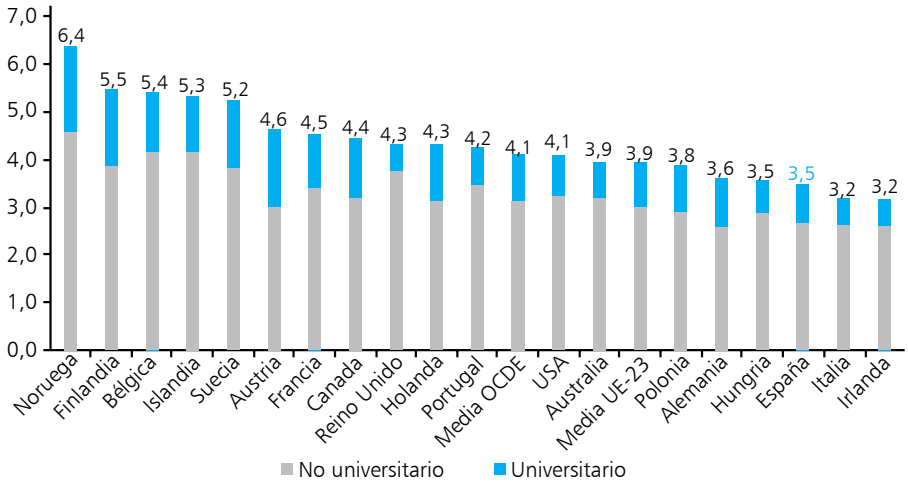
En el análisis comparado a nivel internacional, un indicador adicional para medir el nivel de gasto educativo (público y privado) en cada país es su referencia con respecto a la riqueza de cada país, medida a través del PIB, asimilable a su vez con una ratio de sostenibilidad financiera. En España, este indicador vuelve a situarse por debajo de las medias internacionales con un 4,3% sobre

PIB de gasto en educación primaria a terciaria, frente a un 5% de la media OCDE y 4,5% media UE-23. Si se excluye el gasto en I+D, las distancias se reducen ligeramente: con un diferencial de medio punto respecto a la OCDE y de una décima con respecto a la UE-23.

Si nos limitamos al gasto público total en educación, España se sitúa en el 3,5% del PIB, a cuatro décimas de la media UE-23 y más de medio punto de PIB de la media de la OCDE.

GRÁFICO 2.19.

GASTO PÚBLICO TOTAL SOBRE EL PIB EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS, NO UNIVERSITARIA Y UNIVERSITARIA. 2016



Fuente: Education at Glance, 2019 (OCDE).

En el detalle por nivel educativo, la educación no universitaria se sitúa en un 3,1% del PIB frente al 3,5% de la OCDE, aunque muy próximo al 3,2% de la UE-23, incluyendo tanto primaria como secundaria y financiación pública y privada. Esta diferencia se concentra en la diferencia de nivel de gasto en la etapa de educación secundaria, y en concreto los programas ocupacionales, con un 0,3% de gasto sobre PIB en España, frente al medio punto de PIB que presenta tanto la media de OCDE como la UE-23. En cambio, la primera etapa de Secundaria está alineada con los referentes, mientras la educación primaria presenta también una ligera brecha con respecto a la media OCDE.

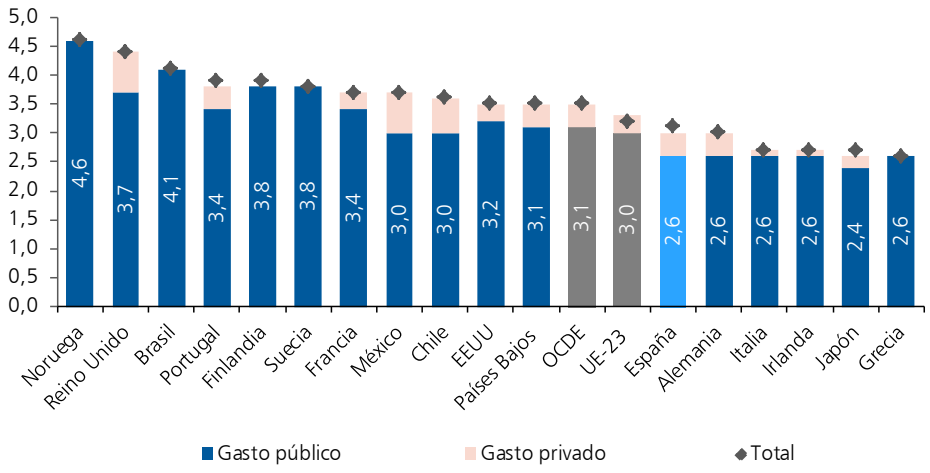
En educación terciaria, el gasto sobre PIB se sitúa en línea con la UE-23, el 1,2% sobre PIB, y ligeramente inferior a la media OCDE –tres décimas menos–.

Si se descuenta el gasto en I+D, se mantiene el mismo posicionamiento de España respecto a las medias. En cambio, en el desglose por ciclos, se aprecia que el gasto en España es inferior en el largo, mientras que en el corto se encuentra incluso por encima de las medias.

No obstante, si restringimos el análisis al gasto público (excluida la financiación de origen privado) en educación no universitaria las diferencias entre España con respecto a la OCDE y la UE-23 vuelven a acentuarse. En 2016, el indicador se contrae del 3,1% al 2,6% sobre PIB, mientras que la UE-23 dedica el 3% y la OCDE el 3,1%. Los países que ocupan las primeras posiciones del ranking son Noruega con un 4,6%, Brasil con un 4,1%, Finlandia y Suecia, ambos con un 3,8%.

GRÁFICO 2.20.

GASTO TOTAL EN INSTITUCIONES PÚBLICAS COMO PORCENTAJE DEL PIB, SEGÚN ORIGEN DE FONDOS, PÚBLICO O PRIVADO. 2016. GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y POSTSECUNDARIA NO TERCIARIA



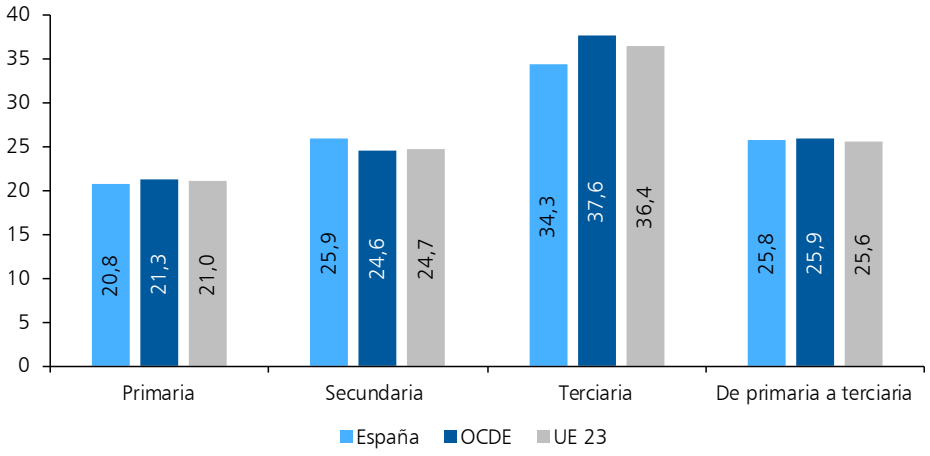
Fuentes: Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE, 2019. (Ministerio de Educación y Formación Profesional).

Asimismo, también puede resultar un indicador adecuado para medir el nivel de gasto en educación en términos de la riqueza de cada país a través del gasto anual (público y privado) por alumno en relación al PIB per cápita. Los datos de 2016 corroboran los resultados anteriores aunque en el agregado de todos los niveles no se advierten diferencias con los referentes internacionales. España tuvo un gasto anual en todas las instituciones educativas (públicas, concertada y privadas) del 20,8% en educación primaria, el 25,9% en educa-

ción secundaria y casi del 34,3% en educación terciaria en relación al PIB por habitantes. Como puede verse la brecha por niveles educativos mantiene un esquema similar a los indicadores en términos de dólares equivalente en PPA: un ligero posicionamiento por debajo en el nivel de Primaria, resultando más relevante en educación terciaria.

GRÁFICO 2.21.

GASTO TOTAL EN INSTITUCIONES PÚBLICAS COMO PORCENTAJE DEL PIB, SEGÚN ORIGEN DE FONDOS, PÚBLICO O PRIVADO. 2016. GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y POSTSECUNDARIA NO TERCIARIA



Fuentes: Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE, 2019. (Ministerio de Educación y Formación Profesional).

Un aspecto a destacar en el gasto educativo en España, tiene relación con el grado de descentralización del gasto social que abordamos en el epígrafe anterior. Esta realidad implica una mayor complejidad en la elaboración de las proyecciones a medio plazo con impacto en la metodología utilizada. De hecho, las comunidades autónomas presentan distintos sesgos hacia los dos modelos básicos de prestación de servicios, como son es el modelo público o concertado, afectando finalmente al nivel de gasto público incurrido. En la comparativa con otros países, España constituye junto con Alemania y Japón, los países en los que la gestión se realiza principalmente a través de los gobiernos regionales. El 81% de la financiación pública de la enseñanza no terciaria en España procede de las administraciones autonómicas, superando incluso el porcentaje de Alemania con un 75% del total. En contraste, los países escandinavos financian la mayor parte del sistema educativo no universitario a través de fondos locales, como Finlandia (66%), Noruega (92%) o Suecia (95%).

En el informe *Diferencias educativas regionales, 2000-2016, condicionantes y resultados*[75], se analizan los principales factores determinantes de la evolución del gasto público en educación en España, concluyendo que existen importantes diferencias en el gasto público por regiones. Esta heterogeneidad no solo se basa en una estructura diferente de la población, más o menos joven, sino que existen otros condicionantes relevantes como las tasas de matriculación o la orientación hacia un modelo u otro de prestación de los servicios (público o concertado), así como el nivel de renta de cada región.

En suma, el gasto público en instituciones educativas en España se posiciona por debajo de los principales referentes internacionales en dos indicadores básicos, el gasto por estudiante a tiempo completo en dólares convertidos en paridad de compra tanto en educación no terciaria como terciaria, y el gasto público en términos de PIB.

Aunque el primer indicador puede ser el resultado de factores muy diversos que no constituyen el objetivo del presente estudio, como: la eficiencia de los distintos sistemas, los distintos niveles de calidad alcanzados, los objetivos de equidad implícitos en las prestaciones públicas, etc., el segundo constituye un claro referente de la parte de riqueza que los países del entorno destinan a educación y de lo que constituye un estándar de lo que en media podría definirse como sostenible a medio y largo plazo.

Por tanto, el referente del 3% de gasto público en educación no universitaria sobre el PIB, que caracteriza a la media de la UE-23 y próximo al valor de la media OCDE, puede considerarse un estándar de sostenibilidad financiera. En la medida que las proyecciones que se elaboren se sitúen por debajo del parámetro, podrá considerarse que el gasto es asumible en el medio plazo.

Otra cuestión que cabe debatir es si el gasto realizado puede ser suficiente para garantizar unos niveles deseables de calidad y cumplimiento de los objetivos prioritarios de eficacia y equidad. El indicador de gasto por estudiante parece indicar que hay márgenes importantes de mejora en los distintos factores de coste que podrían elevar los resultados del sistema vigente. La formulación del escenario complementario en gasto educativo[76] tratará de evaluar el impacto económico de alinear el gasto por alumno en España con el de las medias internacionales, tanto en los niveles de enseñanza obligatoria como en la educación terciaria. En la definición de dichos escenarios complementarios, realizaremos una aproximación al posicionamiento de España en relación a los principales factores de coste para avanzar distintas posibilidades en relación al

[75] Pérez, Serrano y Uriel (2018).

[76] Capítulo 4.

destino del incremento de gasto por alumno que exige este acercamiento, de modo que contribuyan a mejores resultados en el ámbito educativo.

En educación terciaria, financiada tanto con fondos públicos como privados, nos situamos justo en el referente europeo el 1,2% sobre PIB, aunque la media internacional de la OCDE se eleva hasta el 1,5%. Los indicadores señalas que la brecha parece concentrarse en los programas de ciclo largo.

En aras a aportar más información sobre el destino actual del gasto en educación en España y donde podría identificarse una mayor brecha con respecto al gasto en los referentes internacionales, resulta útil conocer la composición de dicho gasto en virtud de su tipología, corriente o de capital. El cuadro 2.2. confirma cierta singularidad de la estructura de dicho gasto en España, con una mayor preponderancia del gasto corriente con respecto al gasto en inversión en la educación no universitaria, resultando superior en tres décimas porcentuales con respecto a la media UE-23 y cuatro con respecto a la OCDE. Esta distancia es aún superior con respecto al caso finlandés en todas las etapas educativas.

CUADRO 2.2.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO CORRIENTE POR INSTITUCIONES PÚBLICAS TANTO DE FUENTES PÚBLICAS COMO PRIVADAS SOBRE EL TOTAL DE GASTO, 2016

	Primaria		*Secundaria*						*Pos secundaria no terciaria*		*Primaria, secundaria y pos secundaria no terciaria*		*Terciaria*		*Primaria a terciaria*	
			1 Etapa secundaria		*2 Etapa secundaria*		*Toda secundaria*									
	Cte	*Cap*	*Cte*	*Cap*	*Cte*	*Cap*	*Cte*	*Cap*	*Cte*	*Cap*	*Cte*	*Cap*	*Cte*	*Cap*	*Cte*	*Cap*
España	*97*	*3*	*96*	*2*	*97*	*3*	*97*	*3*			*97*	*3*	*90*	*10*	*95*	*5*
Francia	94	6	93	7	91	9	92	8	92	8	93	7	92	8	93	7
Alemania	94	6	95	5	90	10	92	8	93	7	93	7	92	8	92	8
Finlandia	88	12	88	12	92	8	90	10			89	11	97	3	91	9
Suecia	95	5	95	5	93	7	94	6	94	6	95	5	96	4	95	5
OCDE	*93*	*7*	*93*	*7*	*93*	*7*	*93*	*7*			*93*	*7*	*90*	*10*	*92*	*8*
EU-23	94	6	94	6	94	6	94	6			93	7	91	9	93	7

Fuente: Education at a Glance, 2018 (OCDE).

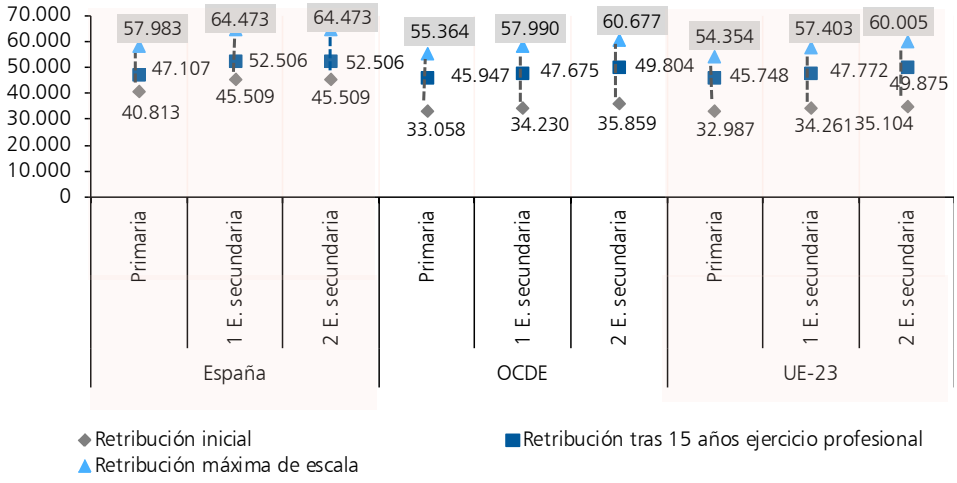
Por otra parte, un factor relevante de coste es el personal adscrito. Cabe destacar que el peso de las remuneraciones del profesorado en España supone también un importe superior al de la media sobre el total del gasto corriente en todas las etapas educativas. En educación primaria el gasto en salarios de docentes alcanza el 71% del gasto corriente, en contraste con las medias inter-

nacionales situadas en el 63%. En educación terciaria, se mantiene también un diferencial positivo, aunque de menor alcance, con un 74% del gasto corriente destinado a salarios de docentes cuando la media UE-23 se sitúa en el 70%.

Revisando la información que facilita la OCDE sobre niveles salariales, éste factor parece descartarse como diferencial capaz de explicar el menor nivel de gasto en España con respecto a los referentes internacionales. Para todos los niveles educativos, el salario del profesorado en España es superior al salario medio de los países de la OCDE y la UE-23[77]. No obstante, el tiempo necesario para alcanzar el salario más alto en la escala resulta de los mayores de la OCDE. Mientras en la media OCDE, el salario máximo se consigue con 25 años de expe-

GRÁFICO 2.22.

RETRIBUCIÓN DEL PROFESORADO (2018) (En dólares. Retribución anual del profesorado en instituciones públicas: inicial, tras 15 años de ejercicio profesional y máxima en la escala, por nivel educativo, en dólares estadounidenses convertidos mediante PPA



[77] Los datos se refieren a docentes en instituciones públicas. En el caso de España, hay que tener en cuenta la convivencia del modelo público con el concertado (en menor medida, con el privado) y las diferencias en los principales factores de coste que pueden existir entre ellos. Aunque no hay información estadística relativa a las retribuciones salariales de todos los modelos, parece advertirse una ligera brecha de los dos últimos con respecto al público. En cualquier caso, se ha advertido en los últimos años por parte de las comunidades autónomas una intención clara de corregir el desfase salarial entre ambas redes tratando de homologar las mismas, aunque subsisten diferencias de mayor o menor alcance (hasta un 4%) entre comunidades autónomas.

riencia, en la UE 23 este periodo se amplía hasta los 28 años y España forma parte de los países que mayor tiempo precisan para alcanzarlo, 39 años, ya que los salarios incorporan complementos que se incrementan con la antigüedad durante toda la carrera docente.

Por tanto, cualquier planteamiento de un escenario complementario de incremento del nivel de gasto por estudiante deberá ir orientado a la homogeneización y alineación del gasto público con los referentes internacionales, tanto en su composición (corriente/inversión) como en su destino (nivel educativo).

2.2.3. Gasto en servicios sociales, con detalle del gasto en dependencia (SAAD)

Como se explicó en el epígrafe 2.1., aproximadamente el 67% del gasto autonómico en los servicios sociales que son objeto del estudio se destina a dependencia, esto es, a cuidados de larga duración. Por este motivo, en todos los análisis que engloba este proyecto se distinguen dos bloques, el relativo a dependencia y el bloque de "otros servicios sociales", más estrechamente asociados al concepto de Asistencia social como ya se explicó.

2.2.3.1. Gasto en cuidados de larga duración (o dependencia) en el contexto de la OCDE

A nivel internacional, el gasto en atención a la dependencia se conoce como gasto *en Long Term Care (LTC)*. Antes de realizar una comparativa internacional, es preciso detallar que comprende esta denominación. Los gastos en LTC comprenden tanto los servicios sociales como de salud para personas dependientes que necesitan atención de forma continua. El componente sanitario del gasto en dependencia se relaciona con servicios de enfermería y atención personal (ayuda con las actividades de la vida diaria), los cuidados paliativos y la atención brindada en instituciones residenciales (incluidos los costes de alojamiento y comida) o en el hogar. El gasto social de *LTC* consiste principalmente en la ayuda en actividades instrumentales de la vida diaria.

Aunque en los últimos años se han apreciado importantes avances en la mejora de la comparabilidad del gasto en dependencia, aun se observan diferencias en la presentación de los datos por parte de los distintos países en relación a los informes relativos tanto al componente sanitario como de salud. Además, algunos países (por ejemplo, Israel y los Estados Unidos) solo informan

de datos de gastos en atención institucional y, por lo tanto, subestiman la cantidad total de gastos en servicios de dependencia realizados por los gobiernos y los planes de seguro obligatorios.

En comparación con otras áreas de la atención de la salud, el gasto en atención a la dependencia (*LTC*) ha experimentado el mayor crecimiento en los últimos años. El reto que se anticipa en España con respecto al crecimiento progresivo de las necesidades de atención a dependientes es compartido para la mayor parte de los países de la OCDE, habiéndose proyectando aumentos significativos en los niveles de gasto en este ámbito. En este sentido, varios factores están ejerciendo una importante presión sobre los costes:

- El envejecimiento de la población, que conduce a que cada vez sean más las personas que precisen de asistencia médica y social de forma continuada,

- el incremento de los ingresos, que afecta aumenta las expectativas de la calidad de vida en la vejez,

- la reducción progresiva de la oferta de atención informal en un sector muy intensivo en mano de obra con ganancias de productividad muy difíciles de alcanzar.

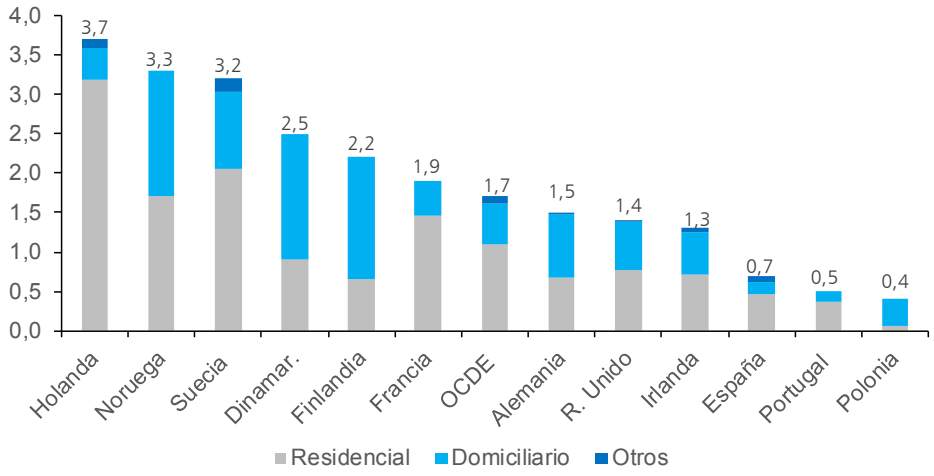
En los países de la OCDE, una parte significativa del gasto en servicios LTC está cubierta por esquemas públicos o de seguro obligatorio. El gasto público/obligatorio total en *LTC* (incluidos los componentes de salud y asistencia social) representó el 1,7% del PIB en promedio en los países de la OCDE en 2017.

El análisis de la OCDE destaca el envejecimiento de la población como un factor relevante en el aumento de la demanda de servicios de salud, y especialmente de atención a largo plazo. Una demanda que ejerce una presión progresiva sobre los miembros de la familia, y en particular sobre las mujeres. La institución calcula que aproximadamente el 13% de las personas de 50 años o más realizan atención informar al menos una vez a la semana para un familiar o amigo dependiente. Estiman que en 2050, la población de más de 80 años se habrá duplicado, elevando la dimensión del reto que ahora implica la dependencia.

Los países que incurren en mayor gasto relativo son Holanda, con un 3,7% del PIB, seguido de Noruega (3,3%) y Suecia (3,2%). En estos países, el gasto público en cuidados de larga duración fue alrededor del doble del promedio

GRÁFICO 2.23.

GASTO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN (SALUD Y SOCIAL) PÚBLICOS Y ESQUEMAS DE SEGUROS OBLIGATORIOS, 2017 (Porcentaje sobre el PIB)



Fuente: Health at Glance, 2019 (OCDE).

de la OCDE. En los tramos inferiores, se encuentran países como Polonia, que asignó un 0,4% del PIB, y tímidamente por encima Portugal, con el 0,5% y España, con un 0,7%. Aunque estas diferencias se explican parcialmente por diferencias en la estructura poblacional, en su mayor parte responde a una etapa diferente de desarrollo de sistemas formales de cuidado de larga duración, en contraste con las soluciones informales que generalmente ofrecen miembros de las familias no remunerados.

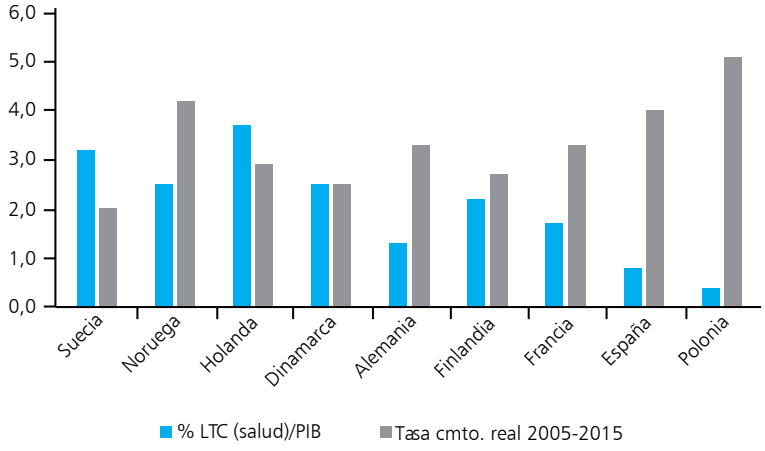
La forma en la que se organiza la atención a la dependencia en los distintos países también condiciona el nivel de gasto en el que incurre cada uno. En promedio, las dos terceras partes de este tipo de gasto en los países de la OCDE se dedica a personas que reside en instituciones, porcentaje similar en el modelo sueco y español. Sin embargo en algunos países se advierte un sesgo claro hacia los cuidados domiciliarios como Finlandia, Noruega, Dinamarca y Alemania, países en los que supera el 50% del total.

La evolución de los gastos *LTC* públicos y esquemas de seguro obligatorio ha sido creciente, con una tasa de variación del orden del 4,6% de la OCDE25

entre 2005 y 2015, aunque con divergencias muy relevantes entre los distintos países. España que partía de niveles muy bajos ha registrado un crecimiento notable alineado con la media; sin embargo, los sistemas más avanzados –como los de países nórdicos– han arrojado una evolución bastante más moderada.

GRÁFICO 2.24.

GASTO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN (SALUD Y SOCIAL) PÚBLICOS Y ESQUEMAS DE SEGUROS OBLIGATORIOS
(Porcentaje PIB vs. tasa de crecimiento real entre 2005 y 2015)



Fuente: La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales. Papeles de Trabajo. IEF. 5/ 2018.

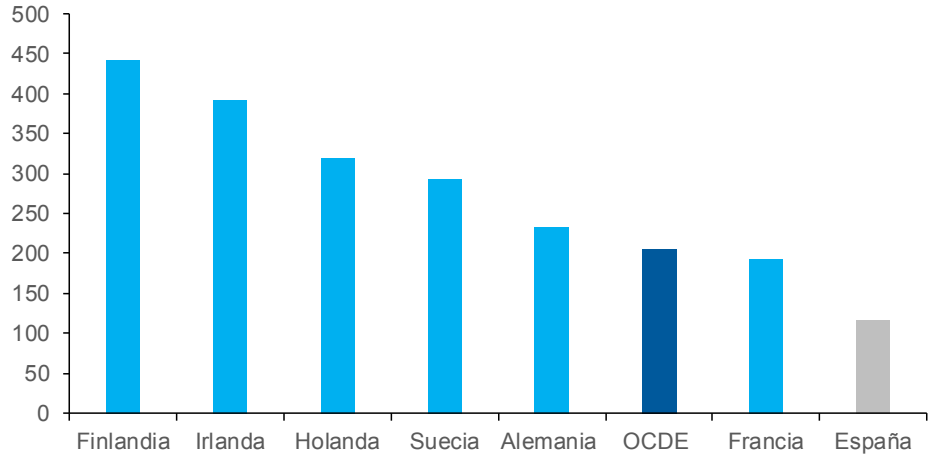
El papel cada vez más relevante que desempeña la financiación pública en la prestación de los servicios de atención a la dependencia se explica por los significativos costes a los que se enfrentan las personas mayores que reciben este tipo de atención. Aunque estos costes varían ampliamente entre los diferentes países, estos siempre son elevados en relación a los ingresos medios de los mayores. Por ejemplo, limitándonos a la atención institucional, los costes para una persona con dependencia severa pueden suponer, desde poco menos del ingreso disponible medio para personas en edad de jubilación (Croacia) hasta más de cuatro veces este valor (Finlandia). Las estadísticas sitúan a España en la horquilla baja del coste, aun cuando este representa un 16% más del ingreso medio de una persona en edad de jubilación. Todos los países de la OCDE tienen alguna forma de protección social contra estos altos riesgos financieros, y el coste personal que las personas mayores enfrentan en última instancia tien-

den a ser más bajos en países donde el gasto público en LTC es mayor, como en los Países Bajos y Finlandia.

Por tanto, en términos de riqueza del país España se sitúa aún muy por debajo del porcentaje de renta que destina a LTC no sólo los países con sistemas de dependencia más avanzados, sino también la media OCDE.

GRÁFICO 2.25.

COSTE DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN RESIDENCIAS PARA UNA PERSONA EN DEPENDENCIA SEVERA (Como porcentaje de la renta media entre personas en edad de jubilación. 2018 o año más próximo)



Fuente: Health at Glance, 2019 (OCDE).

2.2.3.2. Otros gastos de carácter social en el contexto internacional

El conjunto de gastos que realizan las comunidades autónomas en "otros servicios sociales"[78], como se concluyó en el epígrafe 2.1., ascendía a unos 3.600 millones de euros en 2017, un 0,3% del PIB nacional. La comparabilidad de su importancia relativa en contraste con lo que otros países destinan a este tipo de prestaciones es más compleja debido a que el resto de subsectores de las administraciones públicas (central y local) tienen una intervención más significativa que en los servicios analizados previamente. Este tipo de gastos que las comunidades autónomas realizan bajo el epígrafe de "Protección Social" se concentra en las subfunciones de "Familia", "Vivienda", "Exclusión Social" y "Protección social n.e.p.".

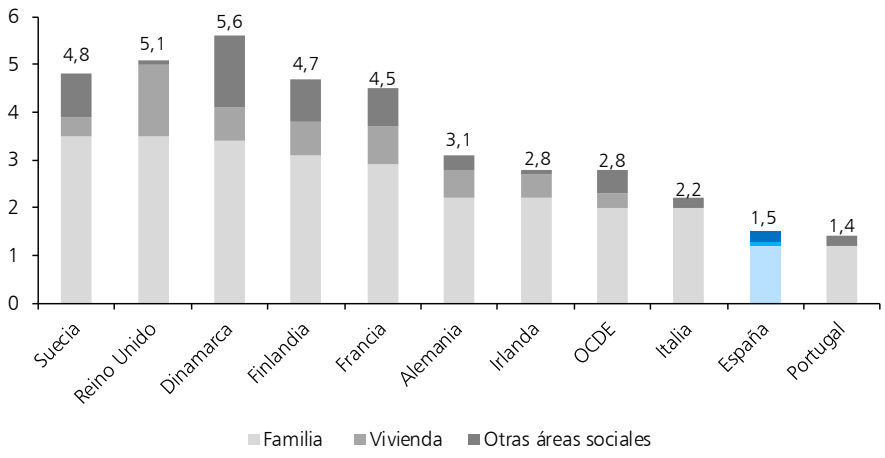
[78] Descontadas las pensiones y otras prestaciones de carácter equivalente (p.ej. clases pasivas), las prestaciones por desempleo y la financiación pública de la atención a la dependencia.

Las estadísticas de la OCDE facilitan a su vez detalle sobre el porcentaje de gasto público –con independencia del nivel de gobierno que lo realiza– por los epígrafes de Familia, Vivienda y un genérico que agrupa el resto de gastos sociales bajo la denominación de "otros gastos sociales".

En términos globales, el gasto en servicios sociales (sin pensiones, desempleo y dependencia) en la media de la OCDE se sitúa más de un punto por encima del total de España (2,8% PIB), en línea con la brecha con respecto a Irlanda y Alemania. La distancia con respecto a los países nórdicos es aún más amplia llegando a superar los cuatro puntos porcentuales.

GRÁFICO 2.26.

GASTO SOBRE EL PIB EN SERVICIOS SOCIALES DISTINTOS DE PENSIONES, DESEMPLEO Y DEPENDENCIA DE TODAS LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (2017 o año más próximo)

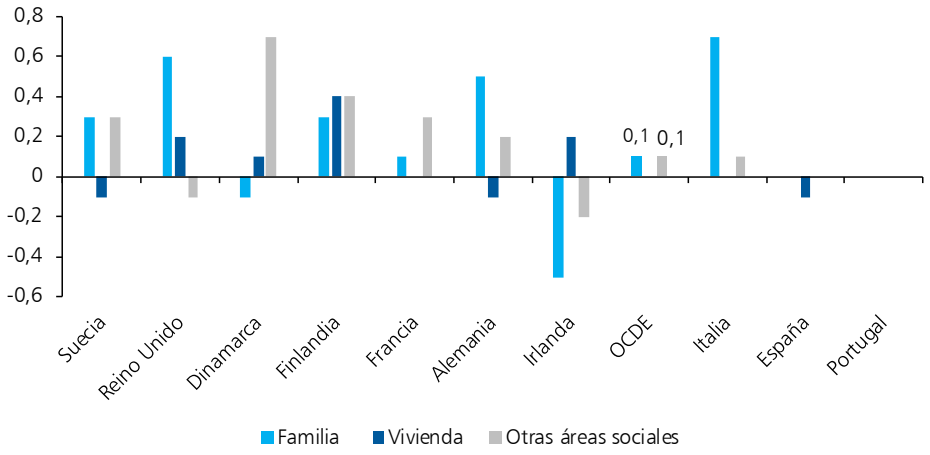


Fuente: Estadísticas OCDE.

No obstante, y cómo se explica con mayor detalle en el capítulo 4, estos gastos están sometidos a una alta volatilidad constatándose mayores crecimientos conforme el PIB aumenta. En términos de variación del porcentaje sobre PIB se observa que el gasto relativo en España ha permanecido prácticamente estancado en su conjunto, mientras que otros países han mostrado mayor variabilidad, tanto al alza (países nórdicos en el epígrafe de "otros") como de ajuste (principalmente, Irlanda).

GRÁFICO 2.27.

VARIACIÓN EN PUNTOS PORCENTUALES DEL GASTO SOBRE EL PIB EN SERVICIOS SOCIALES DISTINTOS DE PENSIONES, DESEMPLEO Y DEPENDENCIA DE TODAS LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS ENTRE 2006 Y 2017 POR SUBFUNCIÓN



Fuente: Estadísticas OCDE.

Capítulo 3

PROYECCIONES DE GASTO EN SERVICIOS PÚBLICOS FUNDAMENTALES SEGÚN DISTINTOS ESCENARIOS DE EVOLUCIÓN

3.1. Punto de partida del escenario base: las proyecciones demográficas por comunidades autónomas para el periodo 2018-2030

El escenario base (*no policy change*) de proyecciones para el periodo 2018-2030 de cada uno de los gastos en servicios públicos fundamentales (educación, sanidad y social) se fundamentan en el impacto exclusivo sobre el gasto del factor demográfico (total de población y cambios esperados en la estructura poblacional). Bajo este escenario, el resto de factores que afectan al modelo de proyección permanecerían constantes (precios, tecnología, calidad y otros).

Las proyecciones demográficas por comunidad autónoma utilizadas para la elaboración de este escenario base son las facilitadas por el INE para el periodo 2018-2033. Los datos oficiales correspondientes a 2018 y 2019 han sustituido las proyecciones inicialmente previstas y se han realizado los enlaces correspondientes con las variaciones anuales proyectadas.

La metodología aplicada, que se explica con mayor detalle en el epígrafe posterior, consiste en aplicar las previsiones demográficas por sexo y rango de edad por comunidad autónoma –con carácter general– al perfil de gasto per cápita por edad y género de los servicios sanitarios, educativos y vinculados a la dependencia[79], dando lugar a una proyección de gasto total para cada uno de ellos.

Como puede deducirse de las pirámides poblacionales de cada comunidad autónoma (véase Anexo 1), el envejecimiento va a suponer uno de los fenómenos sociales más relevantes del presente siglo. Las consecuencias de estas proyecciones son drásticas en la evolución del gasto social porque la elegibilidad

[79] No obstante, se realizan algunas variaciones relevantes en la metodología aplicada a la elaboración de previsiones de gasto en dependencia por la singularidad en su aplicación entre las distintas comunidades autónomas (véase epígrafe 4.4.). En este último caso, las proyecciones se han realizado a partir de un gasto promedio por atendido (en vez de asignar un gasto per cápita por cada tramo como en servicios sanitarios y educativos). Por otra parte, las proyecciones de servicios sociales distintos de la dependencia se realizan con una metodología diferenciada por su propia caracterización y dinámica observada hasta el momento (epígrafe 4.5.).

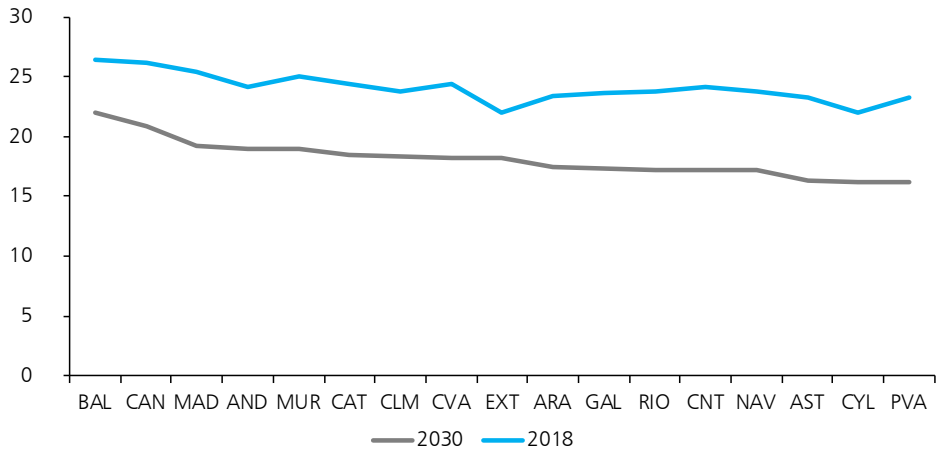
para la mayoría de los principales programas de gasto de transferencia social están fuertemente ligados a la edad y por lo tanto, se ven significativamente afectados por los cambios en las estructuras demográficas, impactando también en los ingresos públicos potenciales para garantizar su financiación[80].

Las principales conclusiones que se derivan a la vista de las proyecciones del INE en relación a la futura estructura demográfica de las comunidades autónomas para 2030, con previsible impacto en la evolución del gasto en servicios sociales son las siguientes:

1. A medio plazo, un rasgo común a la pirámide poblacional de las comunidades autónomas será el estrechamiento del rango correspondiente a adultos de mediana edad –especialmente entre 35 y 50 años– con distinta intensidad entre las diferentes regiones. Las razones es el envejecimiento progresivo de la población del *baby boom* y el menor recambio que se produce desde rangos de edad inferiores. Las comunidades que registran una caída más intensa de estos tramos son Cantabria y Asturias, con caídas próximas a 1,5 puntos porcentuales de los rangos entre 35 y 45 años. En relación a las proyecciones de gasto social, debe

GRÁFICO 3.1.

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE POBLACIÓN DEL TRAMO DE MEDIANA EDAD (35 A 50 AÑOS)



Fuente: Elaboración propia a partir de INE. Proyecciones demográficas.

[80] El análisis de este impacto sobre ingresos no se ha incluido en el estudio pero sería un trabajo complementario relevante de cara a reforzar las conclusiones sobre sostenibilidad.

tenerse en cuenta –como se apreciará posteriormente en la descripción de las curvas de gasto por edad– que se trata de la población que menor coste relativo representa en media, resultando siempre los extremos los que más gasto per cápita suponen. Por el contrario, coincide en gran medida con la población que concentra mayor número de contribuyentes que realiza las aportaciones medias más altas a los ingresos impositivos que el resto de rangos[81].

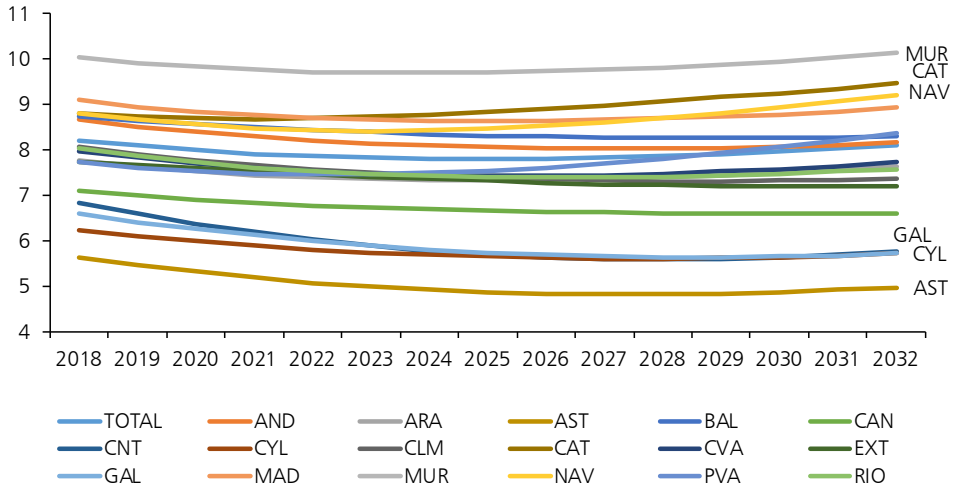
Baleares es la comunidad autónoma con mayor peso de población en edad media, y junto con Extremadura, seguirá manteniendo está característica en la próxima década.

2. Las perspectivas sobre la evolución de la tasa bruta de natalidad entre 2018 y 2030 explican el acortamiento de las barras correspondientes del tramo de edad inferior, de 0 a 4 años, proceso que se extiende hasta los menores de 15 años.

   Las comunidades que tendrían un mayor peso de la población más joven durante el periodo de análisis son Murcia, Navarra, Cataluña y Madrid;

GRÁFICO 3.2.

EVOLUCIÓN DE LA TASA BRUTA DE NATALIDAD POR AÑO Y POR COMUNIDAD AUTÓNOMA 2018-2030

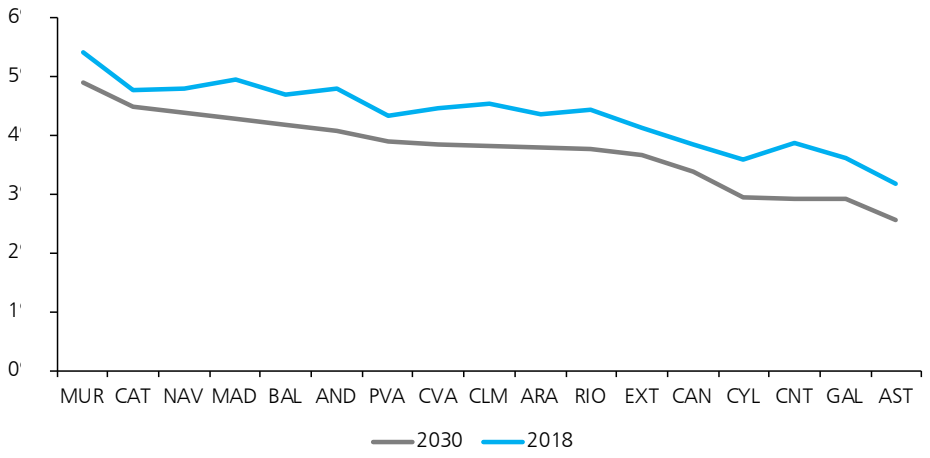


Fuente: INE. Proyecciones demográficas.

[81] No se aborda en este análisis un posible estudio complementario de impacto demográfico sobre los ingresos autonómicos a medio plazo que sería otro factor determinante en la sostenibilidad del gasto social.

GRÁFICO 3.3.

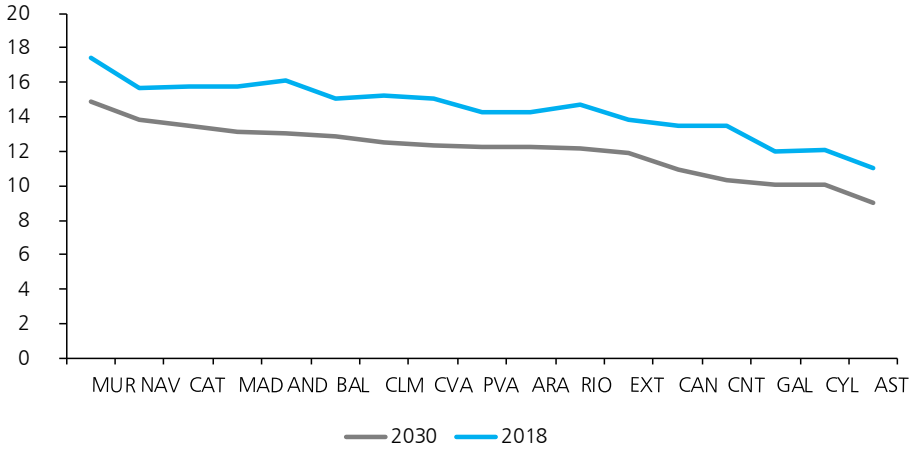
EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE POBLACIÓN DEL TRAMO DE EDAD ENTRE 0 Y 4 AÑOS



Fuente: Elaboración propia a partir de INE. Proyecciones demográficas.

GRÁFICO 3.4.

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE POBLACIÓN DEL TRAMO DE EDAD INFERIOR A 15 AÑOS



Fuente: Elaboración propia a partir de INE. Proyecciones demográficas.

en contraste, son Galicia, Castilla y León y Asturias las que menor porcentaje tendrían. Sin embargo, todas las comunidades registrarían una caída con respecto a la situación de 2018 siendo más intensa en el tramo entre 5 y 9 años. Cataluña y las comunidades forales se sitúan como las comunidades autónomas que menor reducción registran en el tramo más bajo de edad –entre 0 y 4 años –. Esta expectativa de reducción del peso de la población de menor edad tiene un efecto directo negativo, tanto sobre el gasto sanitario (en los primeros años de edad es superior al gasto per cápita del adulto medio) y en especial, sobre el gasto educativo derivado de una menor tasa de población que deberían estar escolarizados de forma obligatoria.

3. Intensivo envejecimiento de la población y desigual entre comunidades autónomas en términos absolutos: La evolución demográfica de España en los próximos doce años de referencia, según las proyecciones del INE, refleja un fuerte desequilibrio, con un incremento moderado de la población total de 4,58%, mientras que la población mayor de 65 llegaría a aumentar a un ritmo hasta siete veces superior, un +28,48% en los doce años de referencia. Además, las previsiones también anticipan un envejecimiento superior de los mayores, con un incremento del 21,5% de edades por encima de 80 años.

   Sin embargo, este fenómeno impacta de forma muy desigual entre las comunidades autónomas. Seis comunidades registrarían un crecimiento de sus mayores de 65 años superior al conjunto nacional: Canarias (+51%), Baleares (+41%) lideran el incremento previsto a una distancia de más de diez puntos con respecto a la media, seguidas de Madrid, Andalucía y Murcia, en torno al +35%, y la Comunidad Valenciana rozando el 30%. Si nos detenemos en los mayores de 80 años, que como se verá en epígrafes posteriores son los que demandan un mayor gasto social per cápita, en particular sanitario y de dependencia, se aprecian ratios muy similares a las del colectivo de más de 65 años.

   Sin embargo, si nos centramos en las poblaciones con crecimientos inferiores, se observa que en el tramo de población más envejecida, de más de 80 años, la previsión de crecimiento es muy inferior a los máximos, con un 2,3% de Castilla y León, y un 0,9% de Extremadura. Ello no es óbice para que su estructura demográfica relevante mantenga su progresivo envejecimiento, con una subida de seis puntos porcentuales en mayores de 65 años respecto a la posición de partida. El efecto de contracción general de la población en su conjunto, un -6% aproximado en las comunidades de Asturias, Castilla y León y Extremadura, contribuye igualmente a este proceso.

CUADRO 3.1.

VARIACIÓN ENTRE 2018 Y 2030 POR COMUNIDAD AUTÓNOMA: POBLACIÓN, MAYORES DE 80 AÑOS, MAYORES DE 65, VARIACIÓN DEL PESO DE LOS MAYORES DE 80 AÑOS SOBRE TOTAL Y MAYORES DE 65 SOBRE TOTAL

	Variación 2030-2018 pob.	*Variación Mayores 80*	*Variación Mayores 65*	*envejecimiento +80/ total (dif. % 2030-2018)*	*envejecimiento + 65/ total (dif. % 2030-2018)*
BAL	18,50	42,07	41,68	0,9	3,1
CAN	14,53	47,92	51,17	1,2	5,1
MAD	11,54	37,54	35,50	1,3	3,8
CAT	8,49	22,75	25,43	0,8	3,0
MUR	6,50	26,15	35,41	0,9	4,2
NAV	6,47	22,02	26,63	1,0	3,7
CVA	4,88	28,04	29,37	1,3	4,5
ESP	4,58	21,55	28,48	1,0	4,4
AND	2,74	26,89	35,74	1,2	5,4
PVA	1,35	21,39	23,55	1,5	4,9
ARA	0,47	6,47	19,54	0,5	4,1
RIO	0,12	15,21	25,96	1,1	5,4
CNT	-1,94	13,86	27,90	1,2	6,5
CLM	-2,15	3,26	24,30	0,4	5,1
GAL	-3,73	12,00	14,89	1,4	4,8
EXT	-5,34	0,90	22,49	0,5	6,0
AST	-6,69	6,15	17,90	1,2	6,6
CYL	-6,82	2,29	16,73	0,9	6,3

Fuente: Elaboración propia a partir de INE. Proyecciones demográficas.

Este distinto alcance del envejecimiento por comunidades autónomas en términos absolutos, esto es, el crecimiento de población mayor de 65 años y de 80 años por comunidad autónoma, va a resultar determinante, como se verá en los epígrafes posteriores y en los resultados de las proyecciones con el enfoque exclusivamente demográfico (escenario base), para identificar el mayor o menor grado de presión sobre el gasto social en determinadas comunidades autónomas debido a este factor.

3.2. Metodología y elaboración de las proyecciones de gasto sanitario hasta 2030

3.2.1. Base teórica y aplicación de la proyección de gasto sanitario

3.2.1.1. Fundamentos teóricos para la proyección de gasto sanitario

Las proyecciones de gasto sanitario a medio plazo que han venido realizándose por diferentes expertos se han basado generalmente en combinar un patrón de gasto sanitario constante en el tiempo por edad y sexo con una proyección de la población basada en un escenario determinístico[82].

Como veremos a partir de los datos disponibles para el caso español, se constata que hay evidencias suficientes para asumir un perfil de gasto sanitario per cápita por edad en forma de J que puede servir de base para la elaboración de una proyección de gasto sanitario por comunidades autónomas en función de las distintas proyecciones demográficas realizadas por el INE.

Así, un enfoque demográfico en sentido estricto para proyectar el gasto sanitario se vería reflejado en la siguiente ecuación (ver Anh, García y Herce, 2005):

$$H_t = N_t \sum_{i=0}^{I} h_{it} \pi_{it} \qquad [1]$$

$H_t =$ Gasto sanitario total en año t.

$N_t =$ Población total en año t.

$h_{it} =$ Gasto per cápita en salud del grupo de edad i, y.

$\pi_{it} =$ proporción de la población del grupo de edad i.

A través de esta ecuación [1], la edad está vinculada al gasto sanitario de dos formas: i) el gasto sanitario per cápita –que varía según grupo de edad-, y ii)

[82] Una de las variables que se incluyen preferentemente en los modelos de predicción es la estructura de edad poblacional, y en particular la población mayor de 65 años. El principal trabajo de referencia metodológica ha sido el realizado por Ahn N., García J.R., Herce J.A., Demographic uncertainty and Health Care Expenditure in Spain. *Documento de Trabajo* 2005-07. FEDEA. En este trabajo, los autores explican las metodologías tradicionalmente utilizadas para la elaboración de las previsiones de gasto sanitario a medio plazo e introducen como novedad la incertidumbre en las proyecciones demográficas.

la proporción de cada grupo de edad en la población total. Por tanto, el gasto sanitario total se verá afectado por cambios en cualquiera de los siguientes componentes: población total, composición demográfica por edad y el gasto per cápita específico por edad. De este modo, a partir de la disponibilidad de una proyección razonable de la población (total y por su distribución por edades puntuales)[83], la principal dificultad se concentra en la proyección del gasto sanitario por edad y sexo hacia el futuro.

La forma más sencilla para disponer de gasto sanitario per cápita por edad y sexo en el futuro es estimar la curva de gasto por perfil de edad y género a partir de la información estadística disponible y suponer que se mantiene constante en el futuro. No obstante, aunque un modelo de estas características permite atisbar las diferencias que la presión demográfica podría ejercer en las distintas regiones, no estaría exento de ciertos problemas[84]. Algunos trabajos han puesto en duda los supuestos de gasto relativo según edad constante en el tiempo que se han utilizado en las proyecciones tradicionales, reforzando la necesidad de contrastar si la relación entre edad y gasto tiene un carácter dinámico y, si cambia, de qué forma lo hace. En este trabajo hemos estimado la curva de gasto per cápita en dos consecutivos recientes 2016-2017[85] para confirmar en qué medida se producen estos posibles cambios.

La estimación de la curva de gasto sanitario per cápita por edad y sexo deberá elaborarse diferenciando tres categorías generales de gasto, construidas a partir de las fuentes de datos específicas en cada una de ellas: atención hospitalaria, atención no hospitalaria (ambulatoria) y gasto farmacéutico.

Tomando como referencia de partida, el gasto en atención sanitaria[86] bajo un modelo contable básico, el gasto sanitario hospitalario total se calcularía del siguiente modo:

$$H_t = \sum_{i=0}^{I} \sum_{j=0}^{J} \sum_{r=0}^{R} p_{rjt} h_{rjt} m_{ijt} \qquad [2]$$

[83] Como explicamos, tomamos como referencia las proyecciones demográficas del INE descritas en el epígrafe anterior.

[84] *Los resultados empíricos de los análisis de panel han mostrado efectos insignificantes similares de la composición de la población en el gasto en salud. Las proyecciones basadas en una estimación de modelo macro de forma simplificada proporcionarían un gasto futuro en salud insensible al envejecimiento de la población (Zweifel* et al., *1999; Mayhew, 2000)*

[85] Debe tenerse en cuenta que la base de datos es homogénea para estos dos ejercicios pero no para 2015 hacia atrás.

[86] El resto de categorías se estimará a partir de una extrapolación del modelo empleado en gasto hospitalario con las restricciones que imponga la disponibilidad de fuentes estadísticas para el gasto ambulatorio y farmacéutico.

Donde el gasto sanitario total en el año t, H_t, sería el resultado de la combinación de unidades de recursos h_r, de tipo r = 1 hasta R, a un coste unitario de cada tipo de recurso p_r, requeridos para una serie de procesos de salud disponibles desde j=1 hasta J –que corresponderían con cada GRD típico[87]– y condicionados por la morbilidad y la estructura de edad (prevalencia), donde m_{ijt} se define como la cantidad de pacientes de edad i que están en proceso j en el momento t.

$$m_{ijt} = \frac{m_{ijt}}{n_{it}} \frac{n_{it}}{N_t} N_t = \mu_{itj} \pi_{it} N_t \qquad [3]$$

μ_{ijt} = Tasa de morbilidad para la "enfermedad" j, a la que se aplica el proceso j, entre los individuos de edad i en el año t (tasa de prevalencia).

π_{ijt} = Proporción de individuos de edad i en la población total en el año t con la distribución representando su estructura de edad (estructura de edad).

N_t = Población total en año t.

La morbilidad (μ_{ijt}) o incidencia entre la población de las enfermedades estandarizadas es un factor clave en el modelo. Este factor depende tanto del desarrollo del país de referencia, como de la genética, factores ambientales, de comportamiento e incluso presenta diferencias por género. En este sentido, mientras que la morbilidad por ciertas enfermedades disminuye entre las poblaciones desarrolladas, otras enfermedades (por ejemplo, demencia en la vejez) están en aumento. A su vez, el cambio de estilos de vida[88], o la mayor o menor exposición a factores ambientales, o la posible aplicación de nuevas terapias genéticas influyen en la tasa de morbilidad, pudiendo afectar a su vez a la combinación de recursos y costes.

Desde la misma perspectiva, una estructura de edad cambiante de la población afectará igualmente a la evolución esperada del gasto en salud. Los gastos en función de la morbilidad, procesos y recursos son diferentes para individuos de diferentes edades (y géneros). Una población más envejecida, dado el tamaño de la población, aumenta el gasto en salud, ya que los costes de salud no fatales son, en promedio, mucho más altos para las personas mayores que para los más jóvenes debido a sus mayores tasas de morbilidad. No obstante, una de las cuestiones más analizadas en la bibliografía reciente es la influencia

[87] GRD= Grupos Relacionados de Diagnóstico. Se trata de una clasificación de procesos hospitalarios que permite incluir dentro de cada categoría los que tienen costes y duraciones de estancia hospitalaria similares. Para mayor detalle, ver apartado posterior.

[88] Como vimos la OCDE ha incorporado cambios en estos patrones en su modelo de proyección hasta 2030.

de la proximidad de la muerte en el nivel de gasto per cápita, confirmándose que la mayor parte del gasto sanitario se concentra al final de la vida. Zweifel, Felder y Meiers (1999) basan sus hipótesis en que la relación aparente entre edad y el nivel de gasto en salud per cápita es en realidad una relación entre la mortalidad creciente con la edad y el elevado coste de la muerte[89] No obstante, también se ha contrastado que los costes de los fallecidos tienden a ser más altos para los adultos jóvenes que para las personas mayores.

Factores no demográficos: tecnología y coste

Volviendo a la ecuación [2], se deduce que los recursos sanitarios de cada tipo pueden compartirse por distintos procesos de salud del tipo j. A su vez, los avances tecnológicos y organizativos podrían afectar al tipo y cantidad de recursos necesarios precisos para cualquier proceso (Factor tecnológico). En suma, cada proceso tendría su propia tecnología y ésta podrá afectar al gasto, tanto al alza como a la baja (mayor eficiencia[90]).

Otro factor clave en la evolución del gasto total, como se deduce de la ecuación [2], son los costes unitarios que podrán cambiar en función de las condiciones del mercado.

Si combinamos las ecuaciones [2] y [3], siguiendo el modelo de *Mayhew*[91].

$$H_t = \sum_{i=0}^{I}\sum_{j=0}^{J}\sum_{r=0}^{R} p_{rjt} h_{rjt} \mu_{ijt} \pi_{it} N_t \qquad [4]$$

En la ecuación [4], se distinguen fácilmente los cinco determinantes principales del gasto sanitario agregado, pudiendo aplicarse a su componente hospitalario, identificados junto con su dimensión de relevancia (edad, tipo de proceso y tipo de *input*).

En cuanto a la evolución del gasto sanitario (hospitalario) con el tiempo, siempre que cada factor siga un proceso de tiempo que sea independiente entre sí, se podría encontrar una expresión general (*Mayhew*, 2000) de la forma:

$$H_t = H_{t-1} e^{gpt+ght+gmt+gst+gPt} \qquad [5]$$

g_{kt} es la tasa de crecimiento del factor que afecta al gasto sanitario en el año t.

En este primer paso de la elaboración de las proyecciones de gasto sanitario desde un enfoque estrictamente demográfico. Solamente nos interesan

[89] Por ejemplo, por encima de los 90 años se encuentran más personas en sus dos últimos años de vida que a los 70 años o por debajo.

[90] Ver epígrafe 4.1.1. sobre el impacto de la tecnología sobre el gasto sanitario.

[91] La farmacia hospitalaria está integrada en el gasto hospitalario y especializado.

dos factores de las ecuaciones [4] y [5], que son la estructura de edades de la población y el tamaño de la población. Esta restricción significa que el gasto sanitario por individuo de una edad y género determinado se mantiene constante durante todo el periodo de proyección, implicando que los precios de los *inputs* para la salud, la variedad e intensidad con las que estos *inputs* se aplican y la tasa de morbilidad entre los grupos de edad y género se mantendrán constantes en este enfoque.

El objetivo es aislar inicialmente los efectos del cambio demográfico de forma estricta y conocer su impacto en el gasto. Posteriormente, siendo conscientes de que las tecnologías de la salud están avanzando un futuro prometedor y que ciertos hábitos de vida también están cambiando, podrán plantearse escenarios complementarios bajo supuestos de cambios en el resto de factores.

3.2.1.2. Estimación de la curva de gasto en atención especializada per cápita por perfil de edad y sexo

Como se ha advertido, es preciso estimar una curva de gasto sanitario diferente para cada una de las tres categorías generales: atención hospitalaria, atención primaria y gasto farmacéutico. En este epígrafe centramos la atención en la primera de las categorías, que supone en 2017[92] el 63,2% del total del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas[93].

Para la elaboración de la curva de gasto per cápita en atención hospitalaria por perfil de edad y sexo es preciso contar con una base de datos adecuada que permita relacionar la prevalencia (número de casos diagnosticados) de cada enfermedad o proceso por rango de edad con el coste medio de dicho proceso y relacionarlo con la población de referencia en dicho rango de edad. Estos datos vienen proporcionados por los grupos relacionados de diagnósticos (GRD) que suministran un coste medio de cada proceso identificado y la prevalencia por edad y sexo de cada uno de ellos (número de casos o contactos).

Este sistema de información está enmarcado en los trabajos que se realizan desde hace décadas para desarrollar sistemas de clasificación de pacientes de los sistemas hospitalarios (SCP) de forma que se pueda asignar un coste a cada grupo de pacientes que simplifique el número de los diferentes productos hospitalarios. Dentro de estas metodologías, los GRD, se han consolidado como el clasificador más utilizado para la facturación en el entorno de la Unión Europea (UE). La clasificación GRD se remonta a la década de los años sesenta en la Uni-

[92] Último dato disponible según *Cuenta Satélite del Gasto Sanitario.*

[93] Los servicios hospitalarios y especializados supusieron en 2017 según la *Cuenta Satélite del Gasto Público* Sanitario 40.105,4 millones de euros para las comunidades autónomas frente a los 63.493,88 millones de euros a los que se elevó su gasto sanitario total.

versidad de Yale con el objetivo de facilitar una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. De hecho, en Estados Unidos se viene recurriendo a esta clasificación como sistema de pago prospectivo por Medicare (el esquema sanitario público para los mayores de 65 años). En España, aunque algunas comunidades autónomas ya lo venían aplicando, su implantación fue bastante posterior (1997), a través de un proyecto del Ministerio de Sanidad y Consumo para establecer los pesos medios de los GRD.

Su fundamento reside en un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de la historia clínica de cada paciente[94]. Todos los pacientes que se han sometido a alguno de los tratamientos dentro de un GRD determinado forman parte del protocolo de recopilación de datos junto con algunas de sus características como el sexo, la edad y si fallecieron o se recuperaron y obtuvieron el alta. El diseño de las agrupaciones de los GRD se ha realizado con la premisa de que los casos dentro de cada categoría tengan costes y duraciones de estancia hospitalaria similares. De este modo, el coste y estancia media de cada GRD se ha podido aplicar con múltiples propósitos que han abarcado desde la comparación entre hospitales (benchmarking) a la ejecución y soporte de guías clínicas o, como se aplica en este ejercicio, permite la extrapolación de curvas de coste medio en función de edad y sexo a través de los datos de prevalencia de cada GRD en los distintos casos.

Las descargas de datos se han realizado desde la página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social correspondiente a la base de datos *GRD: Estadísticos por Comunidad Autónoma – Grupo de Hospitales – Servicios*[95] *a partir de una consulta específica para cada GRD APR (All Patient Refined – DRG)* del número de

[94] Con la entrada en vigor del Real Decreto 69/2015 que regula el RAE-CMBD, el modelo de datos del CMBD (conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria) ha evolucionado ampliando sus contenidos a otras modalidades asistenciales (además de hospitalización incorpora datos de CMA, hospital de día, hospitalización a domicilio y urgencias) y, también abarca al sector privado. Está previsto que se incluyan los datos de todos los tipos hospitales. Esta ampliación de fronteras se prevé que se realice de forma paulatina a lo largo de al menos cinco años. No obstante, además de los datos de hospitalización y cirugía ambulatoria de hospitales de agudos del SNS, que dan continuidad a la anterior serie del CMBD, la base de datos del RAE-CMBD está preparada para albergar datos de todas las modalidades asistenciales. De ese modo, la herramienta interactiva de consulta de su sistema de información que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social pone a disposición de usuarios para la obtención de datos estadísticos e indicadores básicos a través de informes dinámicos. Se han incorporado recientemente un nuevo nodo de información: REGISTRO DE ATENCION SANITARIA ESPECIALIZADA – RAE-CMBD: con información relativa a este nuevo modelo de datos, cubriendo información desde 2016 en adelante.

[95] https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/Cubo.aspx?IdNodo=23619. En concreto, el Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD. Desde 2016 en adelante. Grupos relacionados con el diagnóstico. Hasta 2015 se dispone del Registro de Actividad: Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitalización (CMBD-H). Desde 1997 hasta 2015 incluido. Grupos Relacionados por el Diagnóstico-GRD (SNS). El Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) integra información administrativa y clínica de los pacientes atendidos en distintas modalidades asistenciales de Atención Especializada dando continuidad al CMBD pero ampliando, desde 2016, la cobertura de éste a modalidades asistenciales ambulatorias y al sector privado. Las normas para el registro y envío de los datos están establecidas en el Real Decreto 69/2015 que crea el RAE-CMBD. La explotación estadística de estos datos está incluida entre las operaciones del Plan Estadístico Nacional.

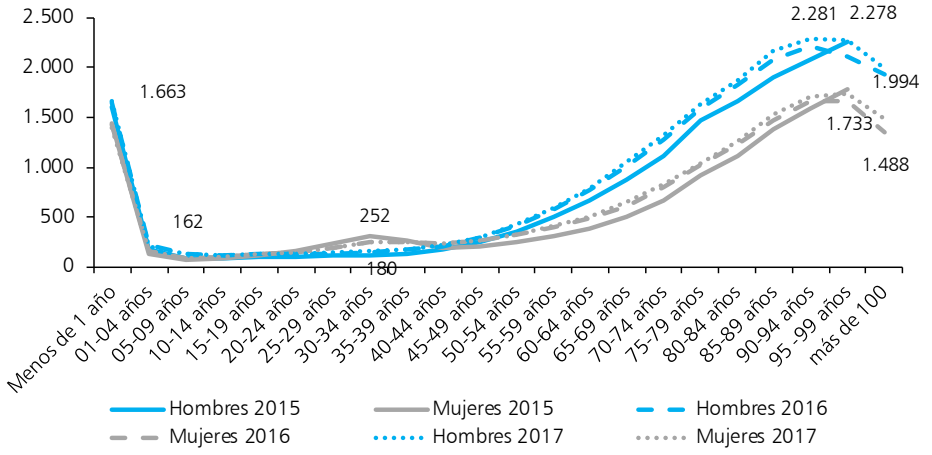
contactos (Altas[96]) y coste medio, distinguiendo por pertenencia o no al SNS (público o privado), y desglosado a su vez por tramos quinquenales de edad y sexo.

El procedimiento de cálculo resulta sencillo a partir de la información generada. En primer lugar se estima el coste total para el año de referencia en cada uno de los GRD APR[97] a partir del número de contactos (casos o altas) para cada proceso por el coste medio de cada uno para cada tramo quinquenal de edad distinguiendo a su vez por género. Se calcula el sumatorio para todos los procesos identificados para el desglose por edad y género realizado restringido a los casos correspondientes a hospitales del SNS (públicos), y el resultado se divide por la población correspondiente a dicho rango[98].

Los resultados de las curvas estimadas del gasto hospitalario per cápita 2015[99]-2017 se resumen en el gráfico adjunto.

GRÁFICO 3.5.

CURVAS DEL PERFIL DE GASTO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA POR EDAD Y GÉNERO PARA 2015, 2016 Y 2017



Nota: Realizado a partir de la base de datos anterior que no incluye la actividad asistencial ambulatoria ni el sector privado.

Fuentes: Elaboración propia a partir de INE y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

[96] Los datos contabilizados como (…) por tratarse de menos de tres casos no citados por temas de confidencialidad, se les ha asignado un mínimo de 1.

[97] Contabilizados 956 procesos GRD-APR.

[98] Existen "contactos/casos" con género no especificado en la base de datos sanitaria. Se ha procedido a contabilizar el coste medio de estos casos (sumatorio de casos por coste medio de proceso dividido para total población) indistintamente a hombres y mujeres.

[99] Se incluye también 2015 aunque como se ha explicado se produce un cambio relevante en la de 2016 en adelante ligada a la ampliación de la base de datos de gestión a modalidades asistenciales ambulatorias entre otros aspectos.

Se constata, como se aprecia en el gráfico 3.1, una curva en J en el gasto sanitario hospitalario per cápita permite avanzar las siguientes conclusiones:

1. Se mantiene la forma de la curva en el tiempo (forma en J) con un gasto per cápita muy elevado en los menores de un año que se reduce drásticamente a partir del año posterior y resulta prácticamente equivalente por género hasta aproximadamente los 20 años de edad. En este tramo –menor de un año hasta los 20 años– la curva se mantiene prácticamente igual desde una perspectiva dinámica.

2. A partir de los 24 años, la curva de mujeres se despega al alza con respecto a la de hombres asociada a los procesos vinculados a la edad fértil, manteniéndose cierta brecha hasta los 44 años. La evolución temporal registra una ligera caída en el gasto per cápita entre 2015 y 2017 para el género femenino justo en ese tramo de edad.

3. A partir de los 49 años no solo se inicia una tendencia creciente de forma constante en la curva que se extiende hasta los 99 años, sino que se aprecia un distanciamiento más claro entre géneros. El máximo se alcanza el tramo entre 90 y 94 años, llegando para el género masculino a los 2.278 euros per cápita, más de 600 euros que para el mismo rango de mujeres, para iniciar un lento descenso general para las edades posteriores. En cuanto a la dinámica temporal de la curva en estos tramos, se observa una mínima diferencia entre los años 2016 y 2017[100]. Solamente cabe destacar un ligero incremento para los mayores de 95 años, y en particular el género masculino. En concreto, la curva representativa de los hombres se incrementa un 7,7% en un solo año para el grupo entre 95 y 99 años, mientras que el aumento en la curva correspondiente a las mujeres se modera en el 4,5% i.a. (en media 5,6% i.a.). En cambio, la tendencia de estos incrementos se invierte a partir de los 100 años, mostrando un incremento más significativo en el caso de las mujeres (+9,8% i.a.) como consecuencia de una mayor prevalencia.

3.2.1.3. Estimación de la curva de gasto en atención primaria per cápita por perfil de edad y sexo

La estimación de un perfil de curva de gasto en atención primaria per cápita por edad y género resulta más complejo dado que no se dispone estadísticamente de un nivel de detalle tan exhaustivo por procesos y/o tratamientos como en el caso hospitalario, aun cuando este representa un porcentaje significativo del gasto total sanitario alcanzando el 14% en 2018.

[100] Hay que tener en cuenta que el registro de datos es homogéneo entre estos años, mientras que 2015 toma como fuente un registro de datos anterior.

CUADRO 3.2.

CUADRO DE DATOS DE CÁLCULO DE LOS GASTOS SANITARIOS HOSPITALARIOS POR EDAD Y GÉNERO, 2016-2017

	2016			*2017*			*v.i.a. 2017/2016 (%)*		
	Hombres	*Mujeres*	*Total*	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*
Menos de 1 año	1.651,27	1.420,28	1.540,16	1.663,44	1.395,39	1.533,68	0,7	-1,8	-0,4
01-04 años	215,79	163,20	190,52	213,89	162,09	188,90	-0,9	-0,7	-0,8
05-09 años	126,11	93,72	110,48	125,88	93,18	110,16	-0,2	-0,6	-0,3
10-14 años	118,85	107,26	113,29	119,22	107,56	113,63	0,3	0,3	0,3
15-19 años	130,75	136,57	133,64	133,64	138,89	136,24	2,2	1,7	1,9
20-24 años	132,60	147,23	139,80	138,65	149,66	144,12	4,6	1,7	3,1
25-29 años	138,50	193,56	166,11	147,92	194,06	170,98	6,8	0,3	2,9
30-34 años	148,01	245,35	196,75	154,94	250,72	203,05	4,7	2,2	3,2
35-39 años	171,11	250,98	210,54	177,37	256,57	216,62	3,7	2,2	2,9
40-44 años	210,32	231,52	220,78	218,10	238,75	228,28	3,7	3,1	3,4
45-49 años	291,99	261,99	277,18	293,68	271,32	282,64	0,6	3,6	2,0
50-54 años	411,12	323,65	367,30	421,56	330,05	375,77	2,5	2,0	2,3
55-59 años	572,43	395,83	482,89	589,63	407,19	497,09	3,0	2,9	2,9
60-64 años	776,59	483,02	625,78	791,06	503,53	643,28	1,9	4,2	2,8
65-69 años	1.009,17	615,86	802,99	1.052,49	646,82	840,09	4,3	5,0	4,6
70-74 años	1.283,44	803,42	1.025,89	1.324,44	828,22	1.057,72	3,2	3,1	3,1
75-79 años	1.588,65	1.020,86	1.268,57	1.629,68	1.045,32	1.302,12	2,6	2,4	2,6
80-84 años	1.832,16	1.235,77	1.476,99	1.877,01	1.260,03	1.509,56	2,4	2,0	2,2
85-89 años	2.083,81	1.465,78	1.685,40	2.165,68	1.528,77	1.757,72	3,9	4,3	4,3
90-94 años	2.217,69	1.661,06	1.827,98	2.281,77	1.712,97	1.885,19	2,9	3,1	3,1
95 -99 años	2.115,41	1.659,34	1.770,21	2.278,25	1.733,88	1.869,65	7,7	4,5	5,6
más de 100	1.929,22	1.355,30	1.464,64	1.997,37	1.488,41	1.586,10	3,5	9,8	8,3

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e INE.

El coste medio de los procesos vinculados a la atención primaria –que cuentan con un mínimo desglose estadístico– debe inferirse de aproximaciones basadas en datos agregados de gasto realizado. El principal problema es que no se dispone de un detalle mínimo del gasto en atención primaria por procesos estandarizados[101] como:

[101] Se dispone de información de frecuentación pero no de costes medios.

- consultas ordinarias, bien atendidas por medicina de familia o pediatría[102],
- consultas de enfermería –con distintos costes imputables según diferentes casuísticas–,
- atención de urgencias[103]. En este caso, el coste es muy diferenciado en función de si la atención implica desplazamiento del personal sanitario o transporte sanitario especializado (transporte sanitario no urgente, con ambulancias urgentes no asistidas, con atención sanitaria móvil –UME–, etc.).

Ante la falta de disponibilidad de una diferenciación del gasto incurrido por este tipo de procesos, se ha optado por inferir un coste medio de la "unidad de consumo estándar" con una diferenciación muy básica en la que el coste medio varía en relación a las tarifas de precios públicos aprobadas para distintas actividades de atención primaria.

La información disponible para la estimación de la curva de gasto se basa fundamentalmente en la información sobre actividad que facilita el Sistema de Información de Atención Primaria proporcionada a su vez por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social[104]. A partir de estos datos se puede calcular un patrón de edad y género de uso de este servicio por parte de la población, distinguiendo entre actividad ordinaria y de urgencias. Se trata de identificar en qué tramos de edad se produce la mayor demanda de consultas ordinarias, o de urgencias[105], si estás son domiciliarias o no, atendidas por médicos / pediatras o enfermeros. Sin embargo, como se ha explicado, no se puede acceder a un detalle equivalente en el nivel de gasto incurrido, lo que implica dificultades para imputar un coste promedio conforme a esta división. Para superar esta problemática, se recurre a una formula aproximada que permite una diferenciación mínima por tipo de actividad de atención primaria. Para la diferenciación de costes medios imputables a los distintos tipos de consultas que hemos tipificado en atención primaria[106], se ha recurrido a las tarifas publicadas por

[102] Y a partir de ahí, poder distinguir si se requieren pruebas analíticas o complementarias.

[103] Por ejemplo, sería deseable para un análisis más aproximado disponer de información del número de consultas que exigen pruebas complementarias o peticiones de analíticas, etc. No pudiendo tampoco disponer de información sobre la diferenciación de coste de las mismas.

[104] https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=6397

[105] Actividad asistencial efectuada para satisfacer las demandas de atención urgente de la población, no coincidente en horario con el del trabajo habitual de los profesionales, efectuada tanto en el centro sanitario como fuera del mismo (domicilio generalmente). Todo ello con independencia de que estos profesionales dependan de los centros directivos de Atención Primaria o, en algún caso, de las estructuras de gestión de los servicios de urgencias y emergencias 112/061.

[106] A partir de la información disponible de detalle que facilita el sistema de gestión sobre frecuentación.

algunas comunidades autónomas. Con esta información, se ha aproximado la diferenciación del coste promedio para cada tipo de acto de atención primaria asignando un coeficiente entre la tarifa por actuación más económica y las más cara (véase Anexo II).

A partir del desglose de información estadística disponible sobre demanda de consultas de atención primaria por cada tramo de edad se han distinguido los siguientes procesos:

1. Consulta estándar dentro del centro de atención primaria realizada por facultativo[107].

2. Consulta estándar dentro del centro de atención primaria realizada por enfermería.

3. Consulta estándar fuera del centro de atención primaria (domiciliaria) realizada por facultativo.

Consulta estándar fuera del centro de atención primaria realizada por enfermería.

El punto de partida de la estimación de los costes promedios ha sido la estimación de la actividad ordinaria de la Atención Primaria a partir de la información disponible.

CUADRO 3.3.

GASTO ESTIMADO EN ACTIVIDAD ORDINARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Miles de euros	*2017*
Gastos de atención primaria	9.226.364
Servicios primarios de salud	8.568.731
Servicios de salus pública	657.633
Gasto estimado en emergencias sanitarias (actividad urgencias)	*1.035.026*
Gasto estimado en actividad ordinaria	*8.191.338*

Fuentes: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario. La imputación de los gastos incurridos en los servicios de urgencias y emergencias sanitarias se ha deducido del trabajo. *Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España* realizado por Mensor.

[107] No se tiene en cuenta la exigencia o no de pruebas médicas complementarias.

CUADRO 3.4.

ESTIMACIÓN DE COSTES PROMEDIOS DIFERENCIADOS POR UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA ORDINARIA, 2017

Número de consultas realizadas		*% sobre total*
Consultas actividad ordinaria en AP	351.526.744	96,5
Consultas actividad ordinaria fuera AP	12.923.780	3,5
Total consultas	364.450.524	100,0

Número de consultas realizadas dentro del centro AP facultativo / enfermería		*% sobre total*
Consultas actividad ordinaria dentro AP facultativo	229.144.525	65,2
Consultas actividad ordinaria dentro AP enfermería	122.382.219	34,8
Total consultas dentro AP	351.526.744	100,0

Número de consultas realizadas fuera del centro AP facultativo / enfermería		*% sobre total*
Consultas actividad ordinaria fuera AP medico	3.404.965	26,3
Consultas actividad ordinaria fuera AP enfermeria	9.518.815	73,7
Total consultas fuera AP	12.923.780	100,0

Estimaciones de coste medio por unidad atención dentro centro / fuera AP	*Euros / unidad*
Total coste medio por unidad de atencion estándar	22
Coste promedio dentro centro AP	21
Coste promedio fuera centro AP (Coef. Aplicado 3)	63

Estimaciones de coste medio por unidad atención dentro centro (facultativo/enfermería)	*Euros / unidad*
Coste promedio dentro AP	21
Coste promedio dentro AP facultativo (Coef. Aplicado 2,5)	26
Coste promedio dentro AP enfermería	10

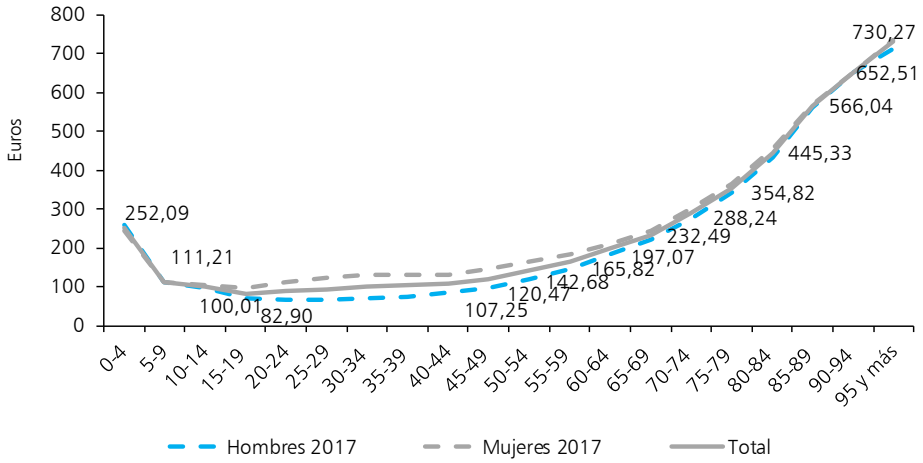
Estimaciones de coste medio por unidad atención dentro centro / fuera AP	*Euros / unidad*
Coste promedio fuera centro AP	63
Coste promedio fuera centro AP facultativo (Coef. Aplicado 2)	100
Coste promedio fuera centro AP enfermería	50

Fuentes: Elaboración propia a partir del Sistema de Información de Atención Primaria. MSCBS. Estimación de la diferenciación de costes medios a partir de publicaciones de precios de tarifas de las comunidades autónomas.

Tras la asignación de los costes promedios estimados a las unidades de consumo estándar realizadas para cada tramo quinquenal de edad, se adjunta la curva de gasto per cápita por rango de edad y género resultante:

GRÁFICO 3.6.

PERFIL DE GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA (ACTIVIDAD ORDINARIA) POR EDAD Y GÉNERO PARA 2017



Fuentes: Elaboración propia a partir del Sistema de Información de Atención Primaria, MSCBS e INE.

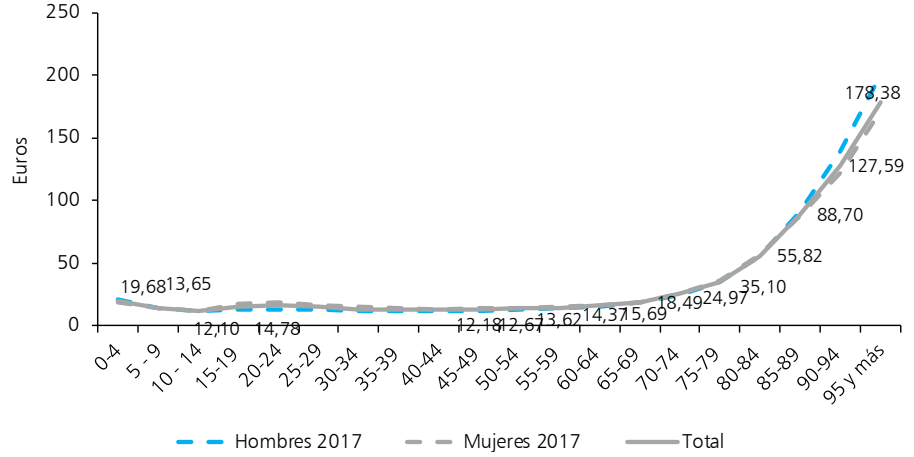
Como puede apreciarse, se mantiene la curva en J en los servicios de atención primaria ordinaria aunque algo menos pronunciada que en el caso de los servicios hospitalarios. El gasto per cápita es mayor en el rango de edad inferior, entre 0 y 4 años, en los que hay un mayor número de consultas, tendiendo a reducirse hasta un mínimo en la edad adolescente y juvenil para crecer de forma continua hasta los rangos de mayor edad. El mayor incremento se produce a partir de los ochenta años. Entre hombres y mujeres la mayor diferencia se detecta a partir de la adolescencia, con mayor recurrencia al servicio por parte del sexo femenino, asociado a la etapa de inicio en la sexualidad y etapa fértil. No obstante, esta brecha se alarga hasta prácticamente los sesenta y cinco años, cuando ya la diferencia se minimiza.

Como hemos advertido, se ha procedido a descontar del gasto global en atención primaria la estimación del gasto incurrido en servicios de emergencias y urgencias médicas extrasanitarias[108], lo que ha permitido elaborar una

[108] Ante la ausencia de información centralizada del importe incurrido en este tipo de servicios –con diferentes formas de gestión entre las comunidades autónomas–, se ha realizado una estimación a partir de datos publicados en los presupuestos autonómicos y la información incluida en la publicación *Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España* realizado por Mensor. Se ha supuesto que estos gastos se han visto significativamente afectados por la crisis y han mantenido el nivel registrado en el periodo 2009-2010 (años de referencia de la publicación). El importe estimado se sitúa en torno a los 1.035 millones de euros.

GRÁFICO 3.7.

CURVA DEL PERFIL DE GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA (ACTIVIDAD URGENTE) POR EDAD Y GÉNERO PARA 2017

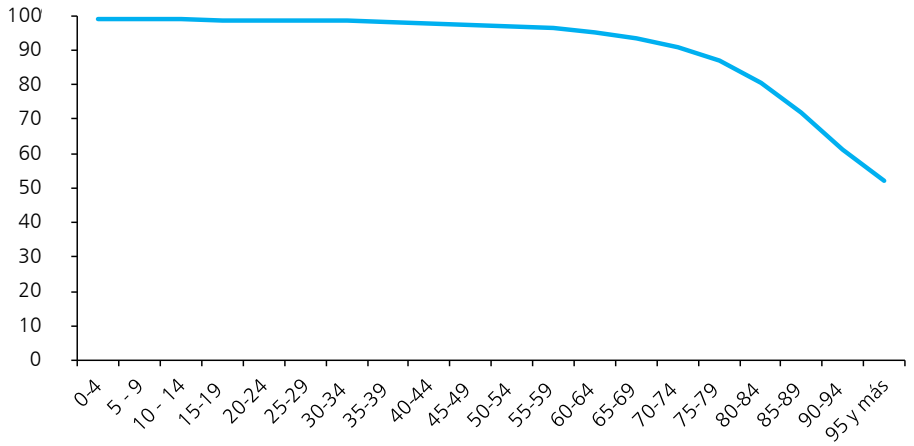


Fuentes: Elaboración propia a partir del Sistema de Información de Atención Primaria, MSCBS e INE.

curva de gasto per cápita específica para la atención urgente. En este caso se ha diferenciado un coste estimado promedio para la atención recibida en los centros de atención primaria (94,2% de las actuaciones) y fuera de los centros, exigiendo el desplazamiento de un transporte sanitario urgente (asistido o no asistido). La curva de gasto per cápita resultante se muestra en el gráfico 3.7.

GRÁFICO 3.8.

PORCENTAJE DE ACTUACIONES SANITARIAS URGENTES RESUELTAS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR RANGO DE EDAD

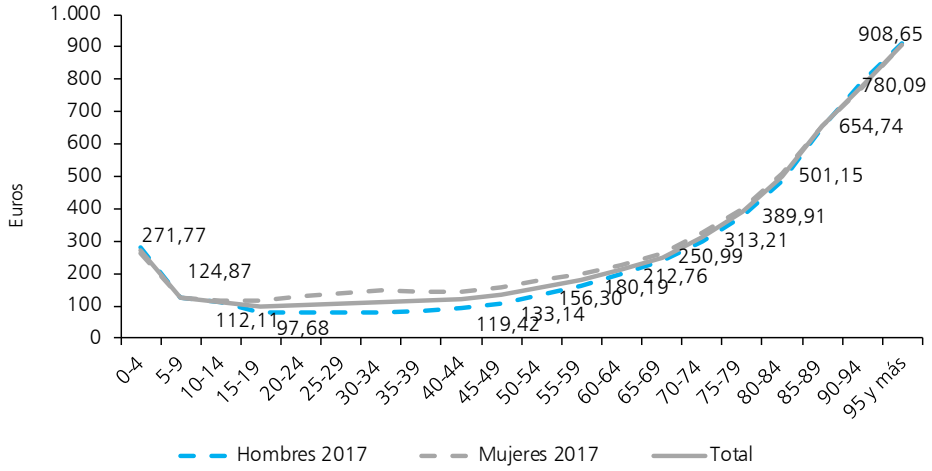


Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Información de Atención Primaria. MSCBS.

La curva resultante se caracteriza por presentar un perfil mucho más aplanado en los rangos de edad más joven, que solo empieza a repuntar con edades superiores a los setenta años, momento a partir del cual presenta tasas significativamente altas de crecimiento. La media del coste promedio resulta baja porque buena parte de las actuaciones se resuelven en los centros de atención primaria tipificados.

GRÁFICO 3.9.

CURVA DEL PERFIL DE GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA TOTAL POR EDAD Y GÉNERO PARA 2017



Fuentes: Elaboración propia a partir del Sistema de Información de Atención Primaria. MSCBS e INE.

En definitiva, la curva final de gasto per cápita en concepto de atención primaria por rango de edad y sexo sería la resultante de la suma del gasto correspondiente a cada una de las dos actividades tipificadas, ordinarias y urgentes, para cada rango de edad y sexo.

3.2.1.4. Estimación de la curva de gasto farmacéutico per cápita por perfil de edad y sexo

Según la *Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público (EGSP)* para 2017, los gastos farmacéuticos realizados por las comunidades autónomas suponen el 17% del gasto total en el sector sanitario. El gasto farmacéutico incluido en el citado epígrafe del subsector corresponde al gasto por recetas médicas expedidas, el reintegro de gastos farmacéuticos y el gasto en otros productos de suministro directo a los hogares. Por tanto, no incluye el gasto hospitalario en productos farmacéuticos. El nivel de gasto farmacéutico facilitado por la EGSP

para cada comunidad autónoma será el punto de partida para elaborar las proyecciones de esta categoría de gasto desde 2018 a 2030[109].

No obstante, ni la información que facilita el Ministerio de Hacienda en relación al gasto en productos farmacéuticos y sanitarios, ni el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) en cuanto a los datos de facturación de recetas sanitarias que publica, permiten asignar patrones de consumo por género y edad. Para elaborar una aproximación a la curva de gasto farmacéutico (a través de recetas) por edad y sexo hemos recurrido a fuentes complementarias.

En primer lugar, se ha recurrido a la *Encuesta Nacional de Salud de España 2017 (ENSE 2017),* realizada por el MSCBS con la colaboración del INE, que recoge información sanitaria relativa a la población residente en España en 23.860 hogares. El dato de principal interés para el trabajo realizado lo constituye el porcentaje de consumo de medicamentos recetados en las últimas dos semanas con diferenciación de sexo y edad. No obstante, esta información tiene un interés limitado para el proyecto puesto que no aporta ni niveles de gasto, ni el número total de recetas por tramo de edad y género, ni el importe medio de la receta. En cambio, es la fuente de información que hemos aplicado para estimar la diferenciación de la intensidad de coste por género, que no hemos podido identificar en otras estadísticas.

Especialmente interesantes son los datos facilitados por el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud que recoge información sobre el estado de salud de los madrileños, así como indicadores de asistencia sanitaria de atención primaria, hospitales y Summa 112. En concreto, en el apartado de Atención Primaria[110] incluye bajo la denominación de indicadores de eficiencia los siguientes datos para la población madrileña: gasto a través de receta por habitante y tramo de edad[111], número de recetas por habitante y tramo de edad e importe medio por cada receta. Los datos proceden del Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid. La cuestión clave es verificar si los resultados obtenidos para un ciudadano madrileño podrían extrapolarse al comportamiento del consumo farmacéutico por edad del conjunto nacional. Para ello, hemos recurrido al *ENSE 2017* ya que también aporta datos sobre el consumo de medicamentos por receta por comunidad autónoma. Como se advierte en el cuadro 3.6. la intensidad del

[109] Asignando una tasa de referencia para la estimación del punto de partida en 2018 dado que el último dato disponible es de 2017.

[110] Que recoge los resultados generales de la actividad y asistencia sanitaria de los centros de salud o de la Comunidad de Madrid.

[111] Se distinguen cinco tramos de edad: de 0 a 14 años, de 15 a 44 años, de 45 a 64 años, de 65 a 74 años y más de 75 años.

consumo que se infiere de la encuesta en la Comunidad de Madrid se sitúa muy próximo al total nacional, con porcentajes muy similares por tramo de edad.

CUADRO 3.5.

PORCENTAJE SOBRE POBLACIÓN TOTAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE HABITANTES QUE HAN CONSUMIDO MEDICAMENTOS CON RECETA EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS

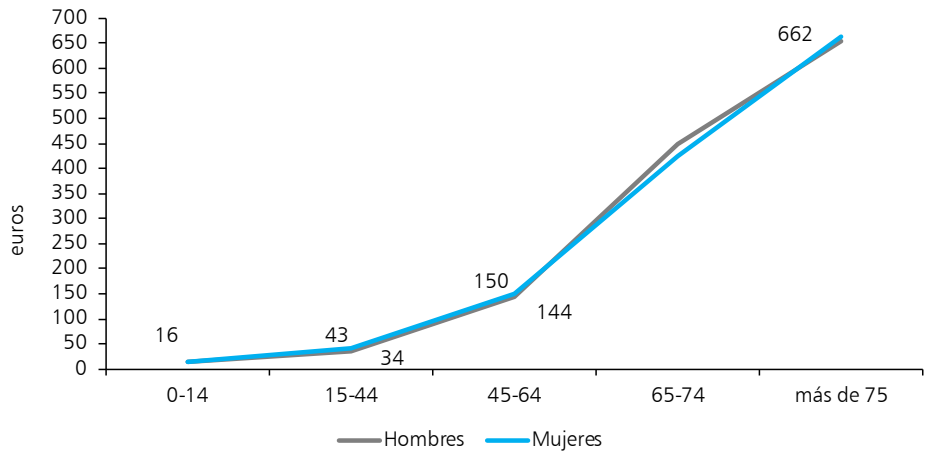
	% Solo recetado (total)	*dif. ppt. respecto total*	*% Solo recetado (hombres)*	*dif. ppt. respecto total*	*% Solo recetado (mujeres)*	*dif. ppt. respecto total*
Total	46,03	*0,00*	43,32	*0,00*	48,61	*0,00*
Andalucía	47,80	*1,77*	44,80	*1,48*	50,68	*2,07*
Aragón	52,05	*6,02*	50,16	*6,84*	53,88	*5,27*
Asturias	54,22	*8,19*	49,87	*6,55*	58,14	*9,53*
Baleares	36,15	*-9,88*	33,92	*-9,40*	38,34	*-10,27*
Canarias	46,28	*0,25*	41,56	*-1,76*	50,86	*2,25*
Cantabria	52,68	*6,65*	52,39	*9,07*	52,94	*4,33*
Castilla y León	48,53	*2,50*	46,94	*3,62*	50,06	*1,45*
Castilla-La Mancha	52,46	*6,43*	48,72	*5,40*	56,22	*7,61*
Cataluña	36,17	*-9,86*	34,89	*-8,43*	37,37	*-11,24*
C. Valenciana	46,96	*0,93*	44,30	*0,98*	49,50	*0,89*
Extremadura	48,33	*2,30*	45,44	*2,12*	51,16	*2,55*
Galicia	59,64	*13,61*	55,53	*12,21*	63,42	*14,81*
Madrid	43,28	*-2,75*	40,98	*-2,34*	45,35	*-3,26*
Murcia	45,76	*-0,27*	40,35	*-2,97*	51,11	*2,50*
Navarra	48,61	*2,58*	47,74	*4,42*	49,45	*0,84*
País Vasco	46,32	*0,29*	42,62	*-0,70*	49,74	*1,13*
La Rioja	47,26	*1,23*	44,47	*1,15*	49,94	*1,33*
Desviación típica	5,69		5,56		6,09	
Total	46,03		43,32		48,61	
Coeficiente de variación	0,12		0,13		0,13	

Fuente: ENSE, 2017.

Por tanto, la construcción del patrón de edad para los costes de prestaciones farmacéuticas a través de recetas oficiales se ha realizado a partir de las distintas fuentes de información disponibles[112], obteniéndose la curva que se adjunta.

GRÁFICO 3.10.

CURVA DEL PERFIL DE GASTO EN FARMACIA (RECETAS) POR EDAD Y GÉNERO PARA 2017



Fuentes: Elaboración propia a partir de *ENSE 2017* y Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud

3.2.2. Proyección de gasto sanitario: resultados del escenario base

3.2.2.1. Punto de partida del gasto sanitario para la realización de las proyecciones por categoría de gasto

El punto de partida que se ha tomado como referencia principal del gasto realmente efectuado por cada comunidad autónoma, con distinción de las tres categorías más relevantes de gasto sanitario (atención primaria, hospitalario y farmacéutico), ha sido la *Cuenta Satélite del Gasto Sanitario,* cuyos últimos datos disponibles en el momento de elaboración de este trabajo corresponden a 2017[113].

[112] Por ejemplo, la diferenciación por género que no facilita la Comunidad de Madrid se ha elaborado por la distinta intensidad de consumo observada en 2017 a partir de la ENSE.

[113] La disponibilidad de los datos de 2018 coincidieron con el proceso de revisión del trabajo para su publicación. En cualquier caso, las estimaciones se han concentrado en la evolución del gasto de cada comunidad autónoma, más que en determinar el punto de llegada.

La estadística de la Cuenta Satélite distingue las siguientes funciones dentro del gasto sanitario devengado registrado por cada comunidad autónoma:

1. Servicios primarios de salud: Recoge la actividad asistencial realizada por médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud en el primer nivel de asistencia sanitaria, tanto en centros de salud como en cualquier tipo de consultorios urbanos o rurales o en los domicilios de los pacientes[114]. La función incorpora también los gastos de las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la propia actividad asistencial (equipos de dirección y gestión de las áreas o gerencias de atención primaria y personal administrativo de ellos dependiente, sean propios o contratados externamente). Se incluyen también los servicios realizados a través de conciertos.

2. Servicios hospitalarios y especializados: Como *Servicios hospitalarios* se recoge la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud mediante la actividad asistencial que se realiza en hospitales o centros de especialidades.

   Se incluye tanto la hospitalización como el diagnóstico, tratamiento, cirugía (mayor o menor) sin hospitalización, consultas y urgencias. Incluye además los gastos correspondientes a las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la actividad (equipos de dirección y gestión de las instituciones y personal administrativo de ellos dependiente, sean propios o contratados externamente).

   Bajo la denominación de *Servicios especializados* se incluyen los servicios de asistencia especializada concertados para la realización de actividades propias de este nivel asistencial con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia la asistencia.

3. Farmacia: Este epígrafe de gasto se refiere a la transferencia corriente realizada por las comunidades autónomas asociada al gasto por las

[114] Por tanto, incluye los siguientes gastos:

- Servicios de urgencia o de atención continuada extrahospitalaria, actividades de extracción periférica y transporte de muestras clínicas, medios básicos para el diagnóstico y salud bucodental realizados con cargo presupuestario a este nivel asistencial.
- Actividades de planificación familiar, salud mental, fisioterapia o rehabilitación, trabajo sociosanitario y actividades preventivas generales o específicas según edad y sexo (vacunaciones, exámenes de salud, información-educación sanitaria) realizadas en atención primaria.
- Administración de tratamientos, curas y cirugía menor.

recetas médicas expedidas, el reintegro de gastos farmacéuticos y el gasto en otros productos de suministro directo a los hogares. No se incluye el gasto en productos farmacéuticos que puedan dispensarse ambulatoriamente en los hospitales (programas selectivos de revisión de medicamentos, medicación de urgencia).

Estos tres epígrafes funcionales coinciden aproximadamente con las categorías de gasto de atención primaria, hospitalaria y farmacéutica que han sido objeto de proyección separada a partir de las respectivas curvas de gasto per cápita estimadas por rango de edad y género. Las tres funciones constituyen en 2017 el 94% del gasto público sanitario autonómico que se elevó a 63.493 millones de euros en dicho ejercicio.

Debemos matizar que las proyecciones que se han realizado aplicando las curvas de gasto per cápita por categoría a las estimaciones de evolución demográfica por comunidad autónoma para el periodo 2018-2030[115] publicadas por el INE precisaban dos ajustes previos:

1. El último dato publicado corresponde al ejercicio 2017 por lo que ha sido necesario aplicar una evolución estimada a 2018 para cada uno de los epígrafes de gasto relevantes. Se ha tomado como referencia la variación interanual del gasto no financiero en contabilidad nacional registrado por cada comunidad autónoma, bajo el supuesto de que el gasto sanitario crece alineado con el conjunto de empleos no financieros.

2. Esta misma hipótesis se aplica al 6% del gasto distinto de las tres categorías destacadas (servicios primarios, hospitalarios y farmacia a través de receta o suministro directo a hogares) para realizar el salto de 2017 a 2018. Posteriormente, dado que este "resto" de gasto no ha sido objeto de análisis separado en el proyecto, se le atribuye el crecimiento general resultante de la suma de las proyecciones calculada para dichas tres categorías. Este gasto restante corresponde a epígrafes con objetivos muy diferentes: Servicios de salud pública (1% del total), Servicios colectivos de salud (2,2%), Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos (1,7%), y Gastos de capital (1,5%)

3.2.2.2. Resultados de las proyecciones de gasto sanitario por comunidad autónoma según escenario base para 2018-2030

La proyección de gasto sanitario total realizada bajo el escenario base (solo con cambios demográficos) anticipa un crecimiento de gasto entre 2018 y 2030 de más de 10.833 millones[116].

[115] Para 2018 y 2019 se han utilizado los datos oficiales publicados y se han aplicado a partir de 2019 los índices de evolución estimados por el INE para el periodo completo 2018-2030.

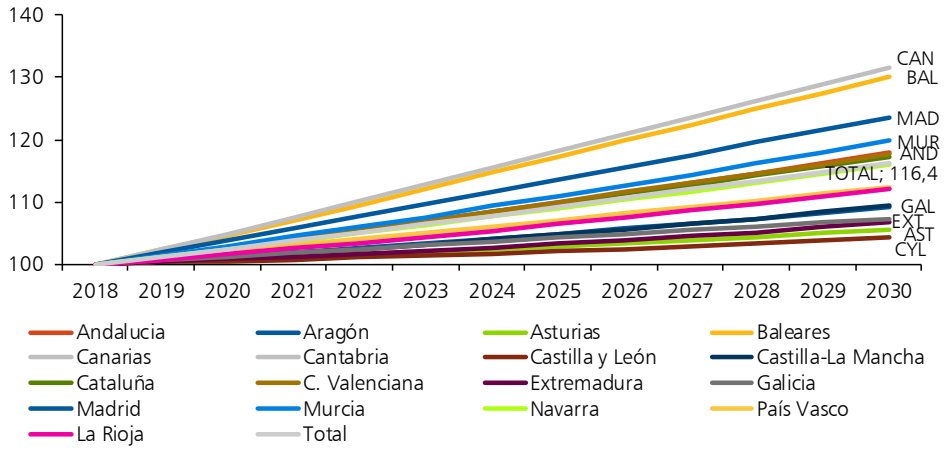
[116] De 13.512 si se toma como punto de partida el último dato de gasto sanitario disponible, 2017.

En el detalle por comunidades autónomas, los resultados obtenidos anticipan una heterogeneidad muy elevada en la evolución del gasto sanitario entre las distintas comunidades autónomas, con una brecha entre el que más crece y el que menos de más de 22 puntos porcentuales entre 2018 y 2030. El crecimiento nacional medio en estos doce años se situaría cerca del 17%.

Los máximos crecimientos corresponden a las comunidades de Canarias y Baleares, con más de un 30% de variación en el periodo completo, seguida a cierta distancia de Madrid, que roza un incremento de +24%. En contraste, las comunidades con una evolución mucho más moderada del gasto en el escenario base son Castilla y León, Asturias, Extremadura y Galicia, con un aumento que se sitúa entre el 4% y el 7% como máximo.

GRÁFICO 3.11.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PROYECTADO 2018-2030 POR COMUNIDAD AUTÓNOMA
(Base 100=2018)



Fuente: Elaboración propia.

La justificación de esta evolución tan diferenciada reside en las previsiones demográficas tan dispares en las que se fundamentan. Las comunidades en las que se estancaría el gasto o crecería de forma muy limitada corresponden a un modelo demográfico en el que se reduce de manera significativa la población como resultado de un proceso de envejecimiento mucho más intenso que la media. En cambio, las comunidades que ocupan las posiciones más altas de crecimiento de gasto se caracterizan por un crecimiento poblacional significativo registrando a su vez fuertes incrementos de la población de mayor edad (+65 y +80 años), que corresponden a la población con mayor gasto per cápita sanitario por todas las categorías de gasto.

CUADRO 3.7.

PROYECCIONES DE GASTO SANITARIO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA 2018-2030 EN TÉRMINOS ABSOLUTOS (MILLONES DE EUROS)

	2017	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*
Andalucia	9.692.078,3	10.168.109,2	10.282.752,5	10.419.445,0	10.568.603,9	10.707.803,5	10.862.871,5
Aragón	2.047.572,6	2.121.002,8	2.138.229,0	2.149.486,1	2.163.671,5	2.177.299,0	2.192.369,1
Asturias	1.680.725,6	1.712.525,4	1.719.309,1	1.724.868,7	1.731.999,9	1.739.116,4	1.746.244,6
Baleares	1.557.122,9	1.771.083,7	1.812.131,3	1.853.849,1	1.897.357,1	1.940.508,5	1.985.311,6
Canarias	2.874.673,9	3.055.231,9	3.127.318,6	3.205.123,1	3.286.861,9	3.367.602,1	3.448.858,4
Cantabria	849.853,2	878.829,5	886.601,5	893.445,9	901.456,0	909.518,4	918.423,0
Castilla y León	3.687.317,4	3.664.036,9	3.676.890,5	3.683.246,6	3.694.030,5	3.703.408,9	3.713.620,2
Castilla-La Mancha	2.782.711,7	2.928.593,2	2.952.375,8	2.966.197,8	2.985.636,1	3.000.884,9	3.021.677,2
Cataluña	10.330.266,6	10.739.087,9	10.874.891,6	11.015.257,8	11.173.360,1	11.321.158,4	11.478.519,8
V. Valenciana	6.803.893,3	7.299.369,9	7.393.198,6	7.490.203,3	7.598.945,4	7.699.069,3	7.808.648,1
Extremadura	1.707.889,0	1.752.782,1	1.761.089,8	1.767.488,3	1.775.387,4	1.781.716,5	1.789.832,8
Galicia	3.910.017,4	4.013.599,4	4.037.800,1	4.060.959,1	4.087.954,8	4.112.767,4	4.135.648,0
Madrid	8.120.540,6	8.367.708,5	8.534.422,5	8.688.512,2	8.853.375,2	9.010.632,0	9.174.890,3
Murcia	2.268.741,1	2.354.171,2	2.390.201,1	2.423.127,5	2.460.753,8	2.495.729,9	2.533.561,8
Navarra	1.029.748,8	1.123.667,2	1.137.348,9	1.150.454,9	1.165.337,8	1.179.599,4	1.194.317,1
País Vasco	3.706.716,6	3.763.880,5	3.802.305,0	3.839.182,9	3.878.459,3	3.915.930,2	3.953.903,6
La Rioja	444.012,6	459.274,4	462.625,4	466.525,5	470.888,1	475.218,0	479.649,3
Total CC.AA.	63.493.881,6	66.172.953,7	66.989.491,3	67.797.373,7	68.694.078,8	69.537.962,9	70.438.346,2

CUADRO 3.7. *(continuación)*

PROYECCIONES DE GASTO SANITARIO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA 2018-2030 EN TÉRMINOS ABSOLUTOS (MILLONES DE EUROS)

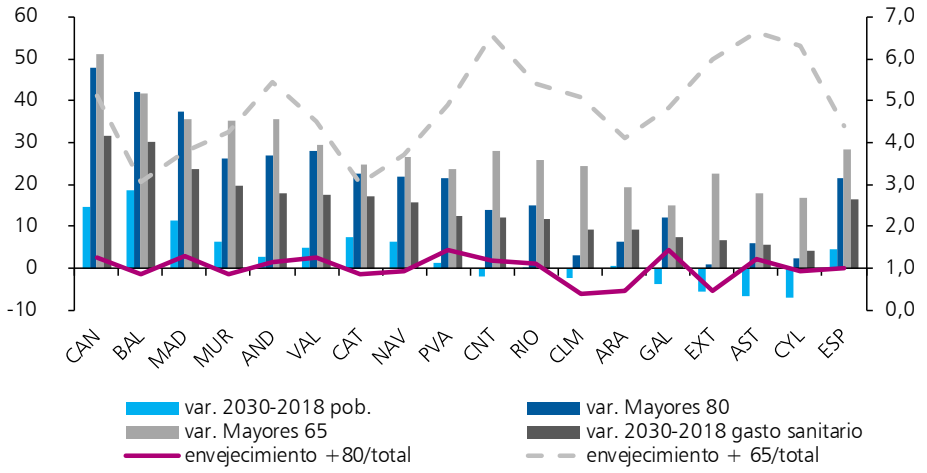
	2024	*2025*	*2026*	*2027*	*2028*	*2029*	*2030*
Andalucia	11.026.503,8	11.180.588,8	11.337.533,6	11.490.962,1	11.652.848,9	11.823.063,2	11.989.575,0
Aragón	2.208.235,0	2.223.649,4	2.241.540,0	2.258.405,5	2.277.203,9	2.296.373,7	2.315.968,2
Asturias	1.754.517,5	1.762.285,8	1.770.906,8	1.779.260,0	1.788.287,3	1.798.093,6	1.807.950,0
Baleares	2.031.048,5	2.075.934,5	2.121.743,2	2.166.343,0	2.212.268,6	2.258.710,0	2.304.829,3
Canarias	3.529.400,2	3.610.003,1	3.692.795,2	3.774.321,2	3.856.205,8	3.937.138,4	4.018.655,3
Cantabria	927.731,5	936.347,7	945.859,6	954.986,9	964.811,6	974.903,2	984.502,8
Castilla y León	3.726.518,5	3.738.743,5	3.754.735,0	3.768.798,6	3.784.685,0	3.803.089,1	3.821.732,2
Castilla-La Mancha	3.045.258,5	3.066.998,8	3.094.357,5	3.116.914,9	3.144.010,7	3.173.743,3	3.203.129,0
Cataluña	11.638.369,5	11.789.098,4	11.951.559,6	12.103.281,8	12.262.877,6	12.424.988,7	12.585.265,9
V. Valenciana	7.921.251,6	8.028.349,8	8.142.743,0	8.248.138,6	8.359.912,7	8.472.418,0	8.584.559,4
Extremadura	1.800.484,9	1.810.121,7	1.821.296,7	1.831.357,7	1.843.580,6	1.857.710,5	1.871.430,5
Galicia	4.160.587,1	4.184.084,5	4.210.493,2	4.233.818,9	4.257.514,7	4.283.000,3	4.308.184,0
Madrid	9.344.549,3	9.506.682,6	9.676.273,8	9.837.390,4	10.004.616,1	10.175.883,2	10.344.579,6
Murcia	2.573.750,7	2.611.979,1	2.653.476,5	2.692.986,1	2.733.957,5	2.776.893,9	2.819.777,7
Navarra	1.209.396,9	1.224.212,2	1.239.815,4	1.255.205,8	1.270.979,8	1.287.202,1	1.303.101,1
País Vasco	3.993.411,7	4.032.073,8	4.071.772,3	4.109.461,0	4.148.075,7	4.188.426,9	4.228.941,7
La Rioja	484.203,8	488.977,8	493.991,7	498.943,9	503.940,8	509.121,2	514.466,6
Total CC.AA.	71.375.218,9	72.270.131,4	73.220.893,2	74.120.576,4	75.065.777,2	76.040.759,4	77.006.648,4

Nota: Dato 2017 correspondiente al gasto efectivamente realizado en 2017 a partir de la *Cuenta Satélite del Gasto Público Sanitario.* 2018 (no disponible en el momento de realización del informe) se estimó a partir de la variación interanual del gasto no financiero de la comunidad autónoma bajo supuesto de crecimiento equivalente.

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 3.12.

VARIACIONES ENTRE 2018 Y 2030 PREVISTAS PARA POBLACIÓN TOTAL, MAYORES DE 80 AÑOS, MAYORES DE 65 AÑOS, GASTO SANITARIO PROYECTADO Y VARIACIÓN EN PP. DE LA POBLACIÓN MAYOR (+80 Y +65)



Fuente: Elaboración propia e INE. Proyecciones demográficas.

El gráfico 3.12. explica en gran medida la heterogeneidad de los resultados de las proyecciones de gasto sanitario. Los mayores incrementos se corresponden en gran medida con las regiones que prevén aumentar su población total, mientras que las estimaciones de evolución más moderada coinciden con las comunidades con previsiones de descenso de la población total. En relación con la población de mayor edad, son también las comunidades con mayor expectativa de crecimiento demográfico en las que también cabe prever un aumento más significativo de su población mayor, y muy especialmente de los mayores de 80 años, que como se confirmó en epígrafes anteriores son los que mayor gasto per cápita registran en relación a la media[117]. Esto no es óbice para que sean las comunidades con un pronóstico más negativo de su evolución demográfica las que mantengan un mayor proceso de envejecimiento, medido en términos de los cambios del porcentaje de la población mayor de 65 años sobre el total. También resulta relevante que la previsión de envejecimiento progresivo de las comunidades en relación a los mayores de 80 años sobre su población total es bastante más homogéneo[118] y no se concentra exactamente en las mismas comunidades donde los mayores de 65 años crecerán en mayor medida. En

[118] Como se advirtió en el análisis del gasto hospitalario, el gasto incurrido por un mayor de 80 años alcanza en media ocho veces más del incurrido por un adulto entre 25 y 45 años.

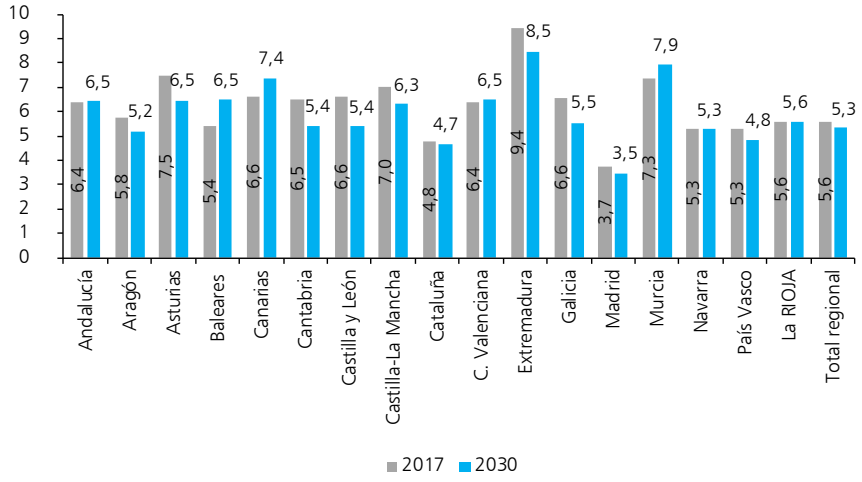
[119] Línea morada en el gráfico 3.2.9.

este caso, los máximos se sitúan en Canarias, Madrid, Valencia, País Vasco y Galicia.

En relación a las previsiones de PIB hasta 2030[119], el peso del gasto sanitario proyectado sobre el total de PIB real[120] bajo el escenario base (aislando el impacto estrictamente demográfico), en la mayor parte de los casos se mantendría a un nivel similar o incluso se reduciría ligeramente, siempre que se mantuvieran el resto de factores que se identificaron en el epígrafe 3.2.1.1., esto es, a precios, tecnología y nivel de cobertura constantes. El margen de holgura bajo el escenario base sería Castilla y León, seguido de Extremadura, Asturias y Galicia. La presión demográfica supondría un repunte en el gasto sobre PIB en los casos de Baleares, Canarias y Murcia.

GRÁFICO 3.13.

PROYECCIÓN DEL PESO DE GASTO SANITARIO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA SOBRE PIB REAL, COMPARACIÓN 2017 CON 2030



Fuente: Elaboración propia.

Ligando estos resultados con los referentes del benchmarking del capítulo 1, recordemos que la media OCDE se situaba en el 6,5% para 2018. Teniendo en

[119] Las previsiones de PIB real parten de previsiones de Afi para el periodo 2018-2030 y se incluyen en el Anexo.

[120] Se toma como referencia una estimación consistente con la utilizada en el Capítulo I, el crecimiento del PIB real en 2019 sería 1,9% para converger al 1,8% prácticamente todo el periodo. La estimación incluye una previsión de comportamiento por comunidades autónomas, de forma que a partir de la situación relativa con respecto a la media nacional de 2018, este comportamiento relativo se mantiene en el tiempo.

cuenta que las comunidades autónomas gestionan en media el 92% del gasto sanitario público en España, este referente sería en términos equivalentes un 6% del PIB. A nivel agregado, se infiere que incluso se ampliaría –en tres décimas– el margen con respecto al PIB.

Otra perspectiva que añade interés en la valoración de las expectativas de crecimiento del gasto sanitario por comunidad autónoma según escenario base es su comparación con la evolución histórica. A continuación, se presentan los gráficos de cada comunidad autónoma en la que contrasta su dinámica en el tiempo 2002-2017 y la evolución esperada bajo escenario base. En la mayor parte de los casos se verifica un crecimiento significativo hasta 2009-2010 que va parejo a la mejora del sistema sanitario a través de innovaciones tecnológicas, mejora de las coberturas y, por supuesto, el incremento de la población protegida junto con el envejecimiento demográfico. Esta dinámica creciente coincidió con los ejercicios de mayor aumento de los ingresos no financie-

GRÁFICO 3.14.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA GASTO SANITARIO BAJO ESCENARIO ESTRICTAMENTE DEMOGRÁFICO

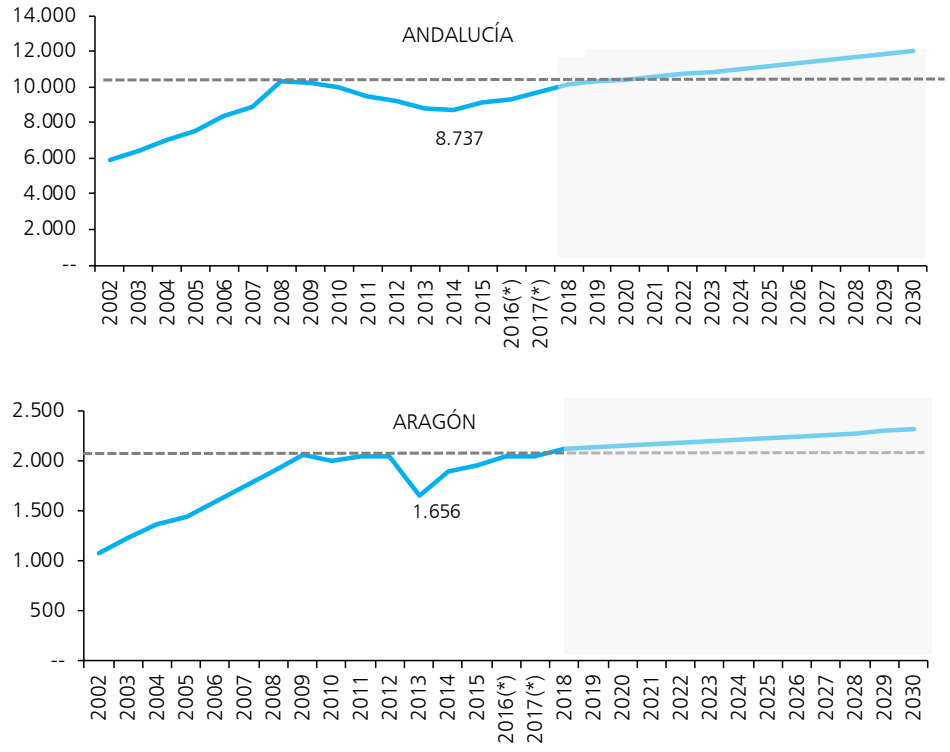


GRÁFICO 3.14. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA GASTO SANITARIO BAJO ESCENARIO ESTRICTAMENTE DEMOGRÁFICO

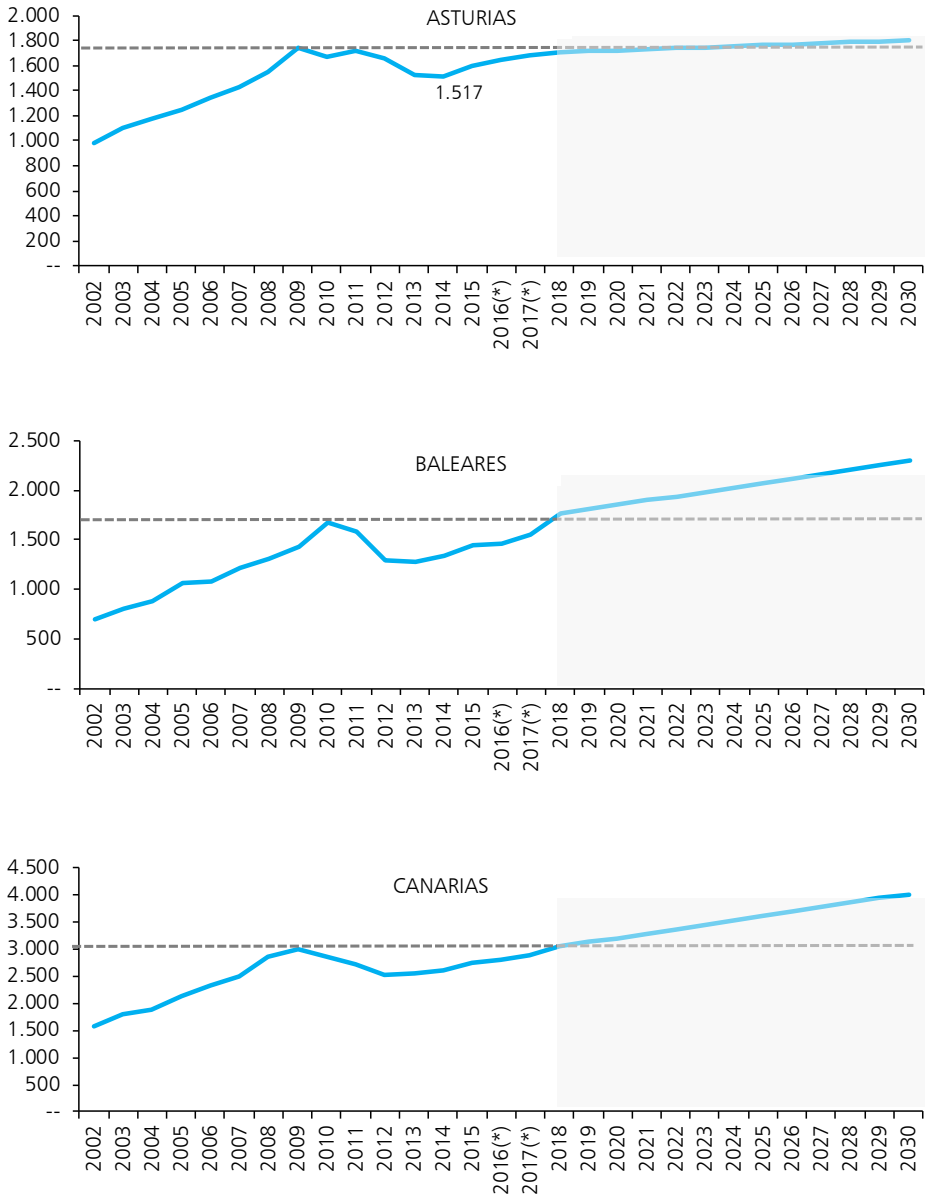


GRÁFICO 3.14. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA GASTO SANITARIO BAJO ESCENARIO ESTRICTAMENTE DEMOGRÁFICO

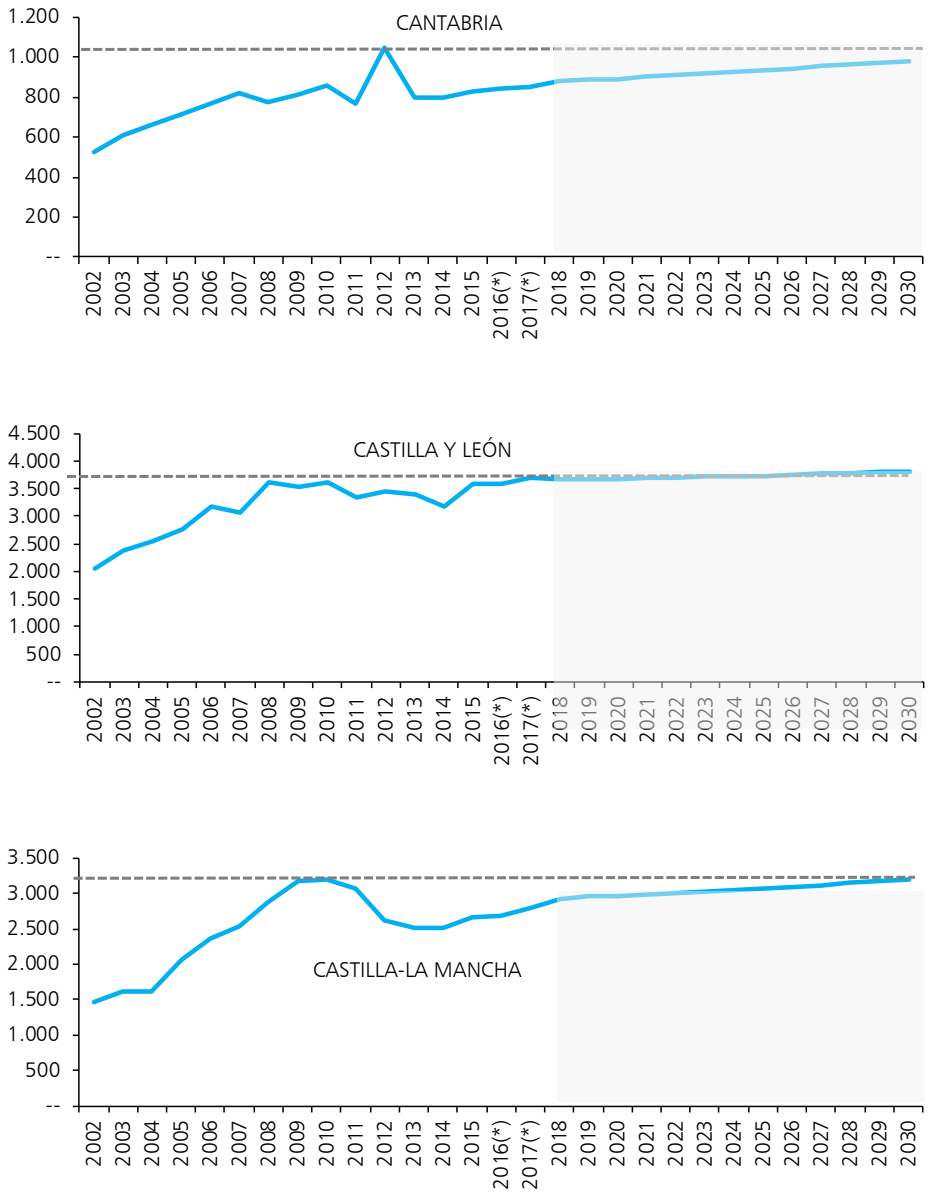


GRÁFICO 3.14. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA GASTO SANITARIO BAJO ESCENARIO ESTRICTAMENTE DEMOGRÁFICO

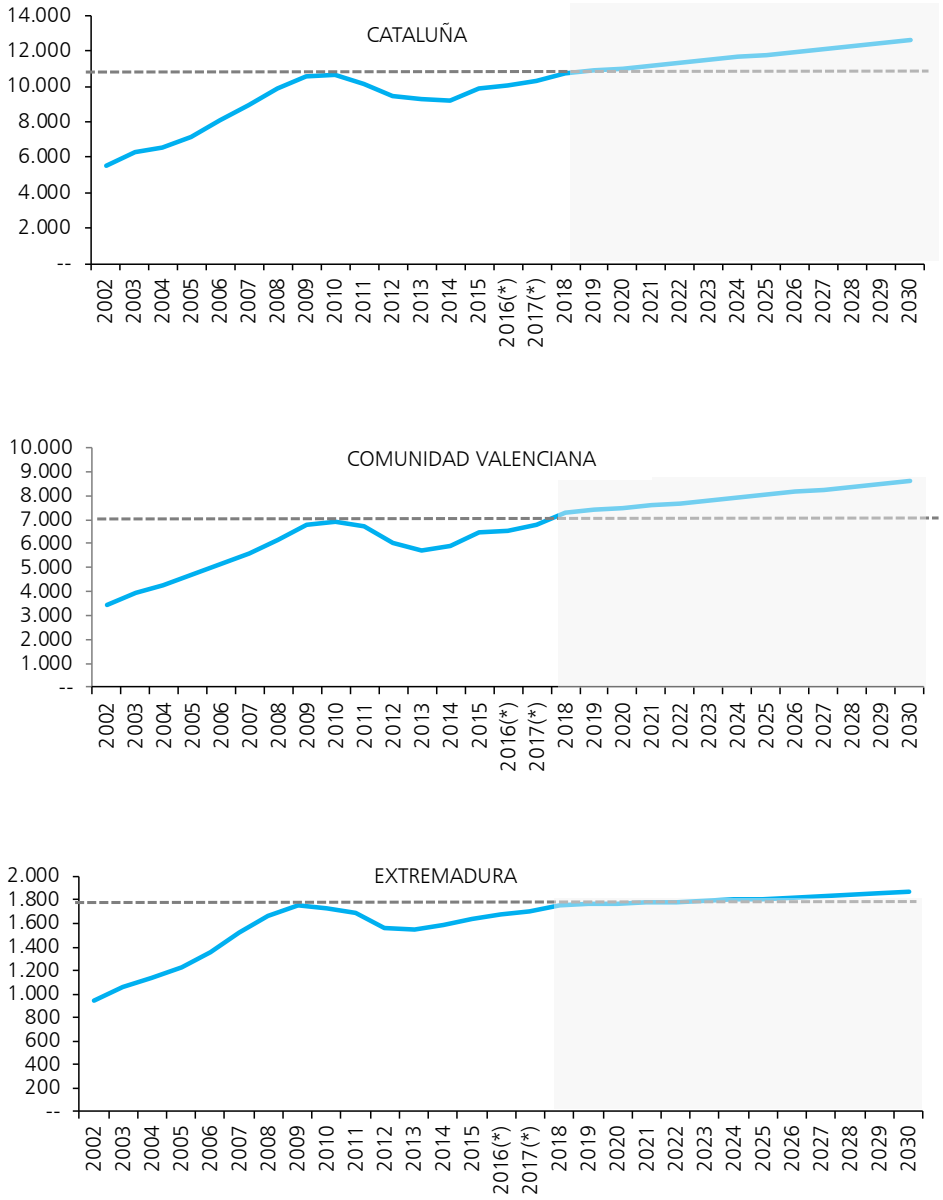


GRÁFICO 3.14. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA GASTO SANITARIO BAJO ESCENARIO ESTRICTAMENTE DEMOGRÁFICO

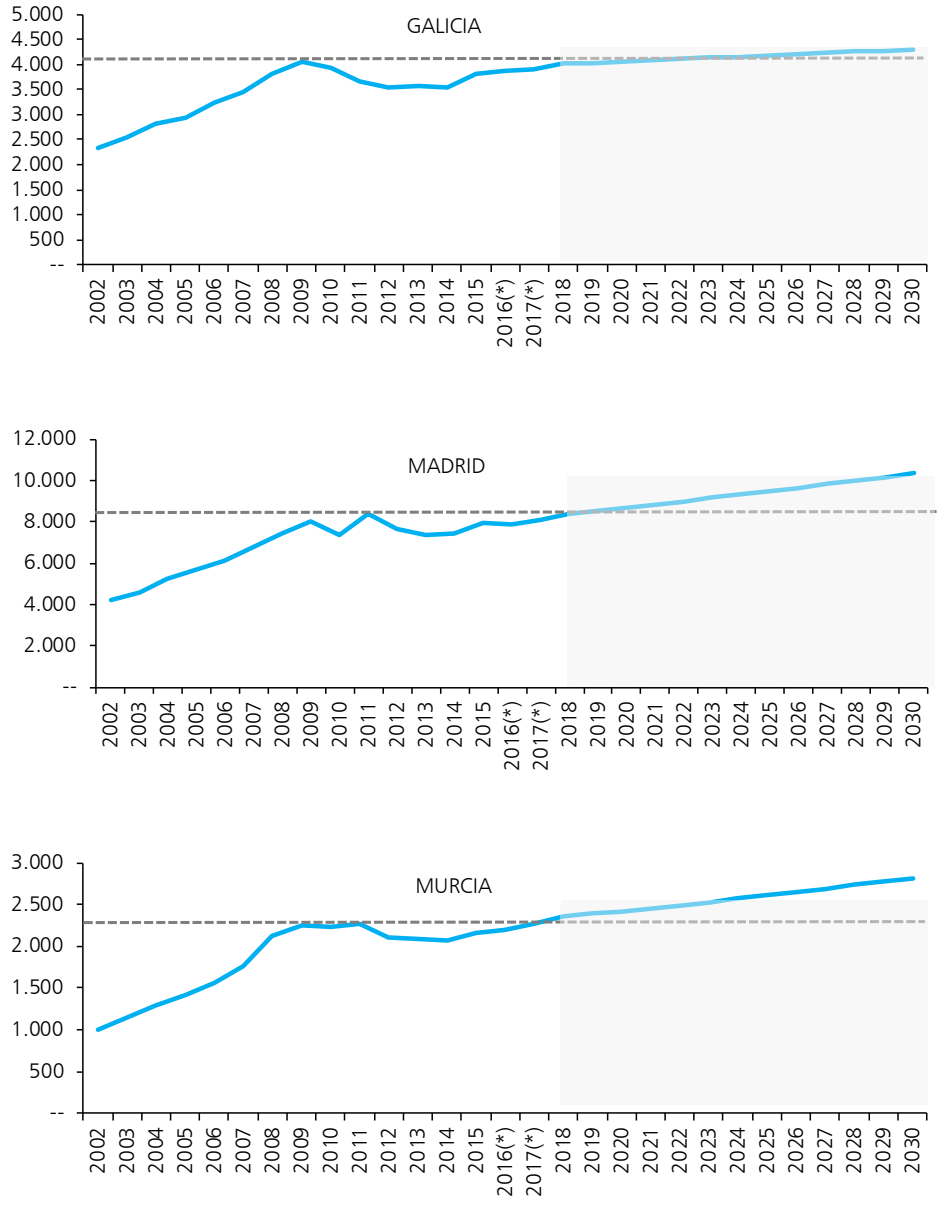
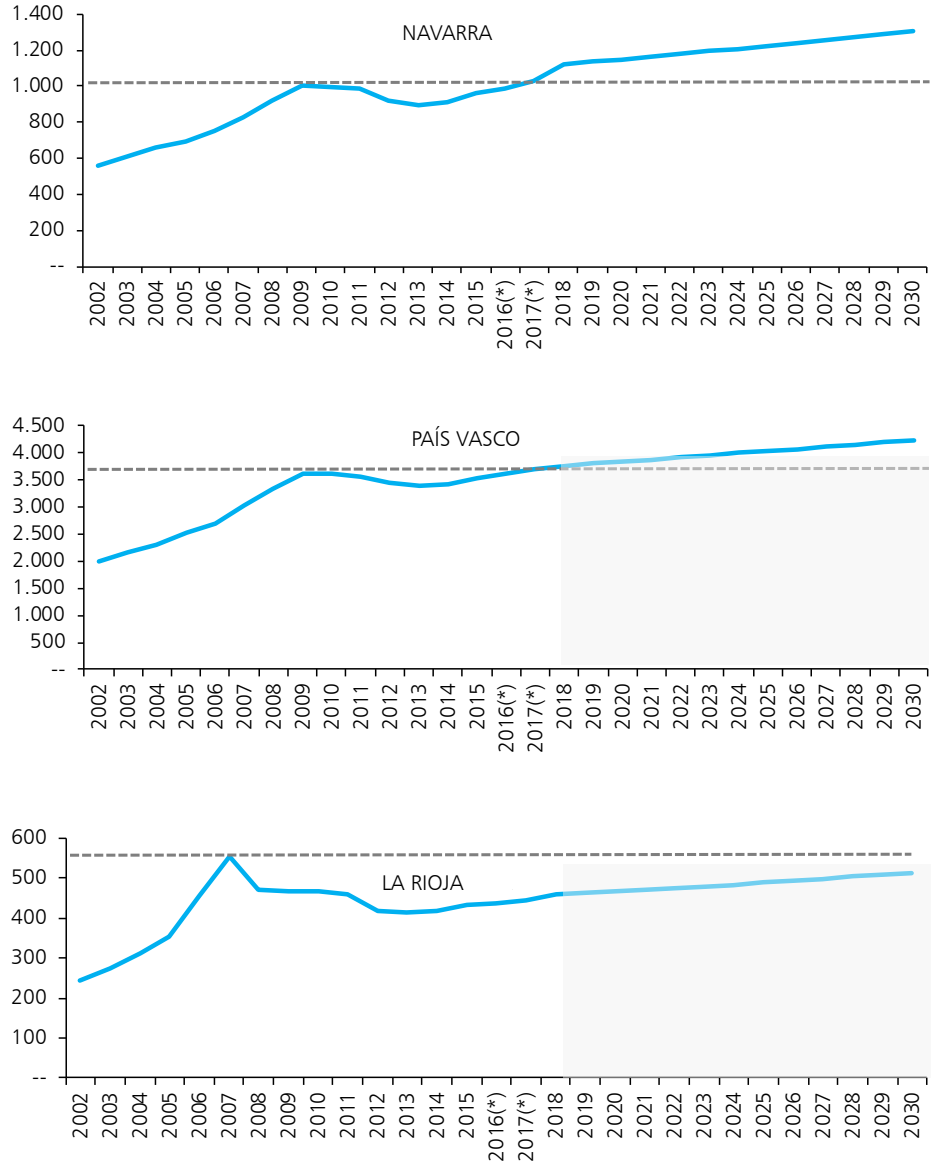


GRÁFICO 3.14. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA GASTO SANITARIO BAJO ESCENARIO ESTRICTAMENTE DEMOGRÁFICO



Fuente: Elaboración propia y Contabilidad Nacional. Comunidades autónomas.

ros[121]. En cambio, en muchas de ellas se aprecia el impacto de los recortes entre 2012-2014 aplicados posteriormente en el sector sanitario en virtud de la consolidación presupuestaria. La racionalización del gasto sanitario se pone de manifiesto en la evolución de dichos ejercicios. A partir de ahí, las expectativas de evolución de unas y otras comunidades autónomas marcan cuando menos unos incrementos más contenidos que en los años previos a la crisis.

Como se puede observar, si el crecimiento solo se explicara por la evolución de la población –manteniéndose constantes el resto de factores como la tecnología, los precios o el alcance de las coberturas–, mientras algunas comunidades prevén un crecimiento en los ejercicios futuros con respecto al máximo relativo registrado entre los ejercicios 2006-2009, otras no llegarían a superar el máximo histórico (mayoritariamente centrado en 2009) en un escenario estrictamente demográfico, con el resto de factores constantes.

3.2.3. Escenario complementario aplicado al gasto sanitario

3.2.3.1. El papel de la tecnología en el gasto sanitario. Revisión de la literatura y aplicación al modelo

El escenario base nos ha permitido prever el impacto de los cambios demográficos que proyecta el INE hasta 2030 para cada una de las comunidades autónomas sobre el gasto sanitario, asumiendo que el resto de los factores (no demográficos) permanecen constantes. Con este modelo, se ha capturado el efecto exclusivo de la presión demográfica prevista en el futuro sobre el nivel de gasto sanitario. Sin embargo, éste no es el objetivo último de este estudio, sino incorporar escenarios que tengan en cuenta la variabilidad del resto de factores, tal como anticipamos en el epígrafe *3.2.1.1. Fundamentos teóricos para la proyección de gasto sanitario.* En el ámbito sanitario, los principales factores no demográficos son la tecnología y el coste unitario de los insumos o recursos, tal como se deduce de la ecuación [4] (pg. 87 capítulo III) a partir del modelo de Mayhew. La expresión nos permitió identificar los cinco determinantes principales del gasto sanitario[122]. Así, descontados los factores vinculados a la demografía (población, edad y prevalencia), los otros dos factores restantes (p y h) son tecnología y coste.

[121] Recordemos que la literatura también considera que los ingresos de cada país (riqueza) un factor relevante en la evolución del gasto sanitario a través de las expectativas de mejora del sistema.

[122] Aplicable separadamente a cada uno de sus componentes (hospitalario, atención primaria y farmacéutico).

$$H_t = \sum_{i=0}^{I} \sum_{j=0}^{J} \sum_{r=0}^{R} p_{rjt} h_{rjt} \mu_{ijt} \pi_{it} N_t$$

Advertimos también que la evolución temporal del gasto sanitario, siempre que cada factor siguiera un proceso de tiempo independiente entre sí, podría convertirse en la siguiente expresión general (Mayhew, 2000)[123]:

$$H_t = H_{t-1} e^{g_{pt}+g_{ht}+g_{mt}+g_{st}+g_{Pt}}$$

Con k, como cualquiera de los factores que afecta al gasto sanitario, g_{kt} es la tasa de crecimiento del factor k_{th} que afecta al gasto sanitario en el año t.

En este sentido, la reciente publicación del Documento de Trabajo de la OCDE *The impact of technological advancements on health spending: A literature review*[124] supone una aportación de gran valor para la definición de un escenario complementario que tenga en cuenta las perspectivas de crecimiento del gasto agregado sanitario inducido por la tecnología.

Los autores, Marino A. y Lorenzoni L., parten del reconocimiento de la complejidad de la medición del impacto de la tecnología como motor del gasto en atención sanitaria por su relación con otros determinantes, como la renta o el estado de salud de la población de referencia. Tampoco este impacto puede desligarse ni de la demanda ni del marco político e institucional que rige en la adopción de nuevas tecnologías sanitarias. En definitiva, el uso de la tecnología está condicionado por la interacción de factores de oferta, de demanda y del contexto. El artículo de la OCDE nos sirve como referente por la revisión exhaustiva que realiza de la literatura sobre este ámbito de investigación, aportando además análisis relevantes sobre el impacto esperado de factores distintos de la tecnología (los factores demográficos y de coste).

Por ejemplo, en relación con la influencia de la demografía y el estado de salud, el artículo aporta argumentos en la línea con algunos de los resultados alcanzados en el capítulo 3: la composición de la población, y en particular, el envejecimiento poblacional ejerce una presión al alza sobre el gasto. No obstante, esta presión se ve amortiguada por el "envejecimiento saludable" que está demostrando que la mayor expectativa de vida puede generar cohortes de edad más saludables que, a su vez, son menos costosas para el sistema de

[123] Esta ecuación implica que una vez identificadas las tasas previsibles de crecimiento del gasto debido a otros factores, éstas se pueden adicionar (cada tasa se compone con las demás en el cálculo total a modo de interés compuesto) a la que refleja la deriva demográfica estricta (escenario base) para estimar la evolución prevista del gasto sanitario en un escenario con variabilidad de los restantes factores.

[124] OECD *Health Working Papers* Nº 113. Marino A, Lorenzoni L. 19 de agosto de 2019.

salud. Esta teoría forma parte de los análisis recientes sobre gasto sanitario demuestran que la mayor parte del gasto individual se concentra en los últimos años de la vida, hasta que se produce el deceso.

El trabajo revisa también la contribución de los precios al crecimiento del gasto en salud. En este sentido, la teoría de Baumol (1967) sugiere que sectores de baja productividad e intensivos en mano de obra se ven forzados a experimentar una inflación salarial constante por encima del promedio para permanecer en los sectores "progresivos" de la economía, donde los salarios se impulsan al alza por el crecimiento de la productividad a medida que disminuye la participación laboral.

Otro determinante destacado en el crecimiento del gasto sanitario es el aumento de las rentas individuales, y del PIB. La disposición a pagar por una mejor salud de individuos y de los países aumenta con la renta, habiéndose localizado estudios que confirman que la elasticidad renta tiende a reducirse en la medida que los países disponen de ingresos más elevados. Precisamente los países de rentas más altas (Smith, Newhouse y Freeland, 2009) son los que han ampliado el alcance de los tratamientos y diagnósticos gracias al motor que supone el progreso tecnológico.

En la aproximación al impacto de la tecnología, los autores insisten en que ésta no tiene un efecto simple y unidireccional sobre el gasto sanitario. Aunque hay tecnologías que pueden ahorrar costes, como la telemedicina –con un alto potencial–, existe consenso al constatar en la literatura que el impacto agregado de la tecnología sanitaria sobre el gasto es positivo (Chernew y Newhouse, 2012; Willemé y Dumont, 2015; Smith *et. al.,* 2009).

En el marco de estos razonamientos, algunos expertos han identificado cuáles son los mecanismos de acción a través de los cuáles la tecnología impacta en el gasto sanitario para justificar mejor el efecto neto agregado. Retting (1994) y Pammoli y otros (2005) realizaron la siguiente tipificación de mecanismos:

1. Nuevos productos o equipos que permiten un nuevo servicio *(p.ej. nuevas medicinas).*

2. Sustitución total o parcial de los enfoques vigentes *(p. ej. las técnicas laparoscópicas que sustituyen procedimientos invasivos tradicionales).*

3. Mayor uso de servicios preexistentes al extenderse las indicaciones para un determinado tratamiento *(p.ej. sistemas de detección de determinados cánceres).*

4. Desarrollo de tratamientos para afecciones que antes se consideraban más allá de los límites de la medicina *(p. ej. enfermedades mentales).*

5. Efecto de nuevas tecnologías para prolongar la vida, por lo que cada superviviente consumirá bienes y servicios de atención médica adicionales durante una vida más larga.

Con este enfoque, un determinante clave del impacto final sobre el gasto es el grado en el que la innovación sustituye o complementa las tecnologías ya existentes para el tratamiento o diagnóstico. Por tanto, resulta clave en la estimación del efecto final verificar cómo cambia el patrón de uso en el equilibrio, que depende a su vez de la capacidad de respuesta de la demanda de todos los servicios y los costes relativos de estos.

Atendiendo a los diferentes tipos de tecnología disponibles, para analizar efecto final sobre el gasto sanitario se deben tener en cuenta diferentes efectos:

a. Innovación de productos: nuevos productos o servicios que permiten un nuevo servicio.

b. Innovación de conocimiento: nuevos descubrimientos que permiten una nueva aplicación de un producto existente.

c. Innovación de procesos: un nuevo conocimiento que conduce a un menor coste de producción de productos o tratamientos existentes.

Bajo esta perspectiva, una innovación de conocimiento puede dar lugar a una sustitución total o parcial de enfoques actuales o un mayor uso de servicios preexistentes. Mientras el primero puede implicar una reducción o aumento de costes en función de la relación coste efectividad del nuevo enfoque, en el segundo caso, será más probable aumentar los costes por el aumento de las cantidades ya que las economías de escala no aplican en el sentido tradicional[125].

Marino A. y Lorenzoni L. realizan una exhaustiva revisión de la literatura disponible, incluyendo referencias metodológicas para medir la contribución de la tecnología sanitaria al gasto con dos enfoques preferentes. El más común en

[125] La dificultad de anticipar el efecto global también se confirma con las mejoras en calidad que aportan las innovaciones: una gran cantidad de tecnología permite mejores resultados pero con costes más elevados para un resultado similar. Por ejemplo, pruebas de diagnóstico más rápidas que reducen tiempos de espera aumentando el número de pruebas, o bien pruebas más precisas pero mucho más lentas o caras que la siguiente mejor alternativa.

los modelos basados en componentes es el enfoque residual y el segundo, preferido en la literatura a nivel macro de los impulsores del crecimiento del gasto sanitario, es el enfoque *proxy*.

1. El enfoque residual se basa en métodos de regresión para estimar el impacto de los factores que varían en el tiempo sobre el crecimiento de gasto sanitario, excluyendo cualquier medida de cambio tecnológico. El coeficiente residual que se deriva de la regresión se interpreta como una estimación que captura el impacto de la tecnología. Las ventajas que aporta este enfoque son la sencillez, al no resultar necesario especificar una medida de la tecnología, y su uso generalizado en trabajos internacionales. En cambio, la principal objeción es que resulta especialmente sensible a los problemas de endogeneidad derivados de interacciones de los determinantes del gasto en salud.

2. El enfoque proxy utiliza una variable *proxy* adecuada para incluirla directamente en la regresión. Los *proxys* utilizados suelen ser muy variados, tanto por los *inputs* (p.ej. gasto en I+D, gasto en investigación por hospitales), como por las medidas de output (p.ej. esperanza de vida, tasas de mortalidad, calidad de la atención). El uso de efectos fijos en el tiempo como proxy supone que la innovación progresa sin problemas en el tiempo.

Los resultados de la revisión de la literatura son muy variables según los autores, con impactos estimados entre el 10% y el 75% del crecimiento anual observado en el gasto sanitario, pero una mayoría de estudios coinciden en una horquilla más limitada entre el 25% y el 50% del gasto registrado. Realizando una aplicación práctica del consenso de la literatura al gasto en salud entre 1995 y 2015, estiman que el cambio tecnológico ha venido representando el 0,9%-1% del crecimiento medio anual del gasto sanitario en dicho periodo.

Suponiendo que el progreso tecnológico mantiene una contribución al crecimiento del gasto en salud constante, Marino y Lorenzoni estiman que el cambio tecnológico aumentaría gasto en salud en un 0,9% anual hasta 2030.

3.2.3.2. Evidencias del impacto de otros factores en el gasto sanitario por la aplicación del enfoque demográfico en ejercicios cerrados

Con el objeto de estimar la parte de crecimiento del gasto sanitario que podría explicarse por factores no demográficos en las comunidades autónomas españolas, hemos optado por aplicar el modelo estrictamente demográfico utilizado en el escenario base de proyecciones a los años previos a 2018 –con la

hipótesis de otros factores constantes–. Comparando la variación anual estimada para los ejercicios anteriores a 2018 con la variación anual real, se deduce una diferencia que debería corresponderse con la variación explicada por factores no demográficos, desde el factor coste, PIB o la tecnología. Del ejercicio surge otra derivada interesante al contrastar la variación anual que se prevé para la proyección 2017-2030 con la evolución individual que ha registrado cada comunidad en los últimos años: si el crecimiento esperado del gasto sanitario inferido por la demografía va a ser superior o no en el futuro con respecto a lo que se ha constatado hasta el momento[126].

El ejercicio se ha realizado para el gasto hospitalario, el principal componente del gasto sanitario total (más del 63%). No obstante, la serie de gasto real desde 2002 nos advierte de algunas dificultades en su aplicación sin restricciones. Debe recordarse que el periodo 2011-2015 ha estado muy condicionado por distintas circunstancias que no tienen que ver ni con la evolución de los precios ni la incorporación de mejoras tecnológicas:

- La persistencia de "gasto desplazado"[127], especialmente el asociado a farmacia hospitalaria, en distintos ejercicios que acabó regularizándose, bien con la incorporación de cambios de gobierno o, bien con la aprobación de los planes extraordinarios de financiación para el pago a los proveedores que se aprobaron a partir de 2012[128].

- Puesta en marcha de nuevos hospitales dentro o fuera del perímetro SEC[129].

- Los objetivos de consolidación presupuestaria y la disponibilidad de mecanismos extraordinarios para facilitar la financiación y liquidez de las comunidades autónomas coadyuvaron en un ajuste riguroso del gasto no financiero generalizado a partir de 2013.

[126] Al igual que en el ámbito sanitario, se ha procedido a comprobar el grado de ajuste del gasto en educación para el período 2015-2017, comparando nuestra curva de gasto –aplicando las pirámides de población en estos años- con el gasto real. La conclusión que ha deducido del ejercicio aplicado en el gasto educativo es que, en ese período, el crecimiento medio anual del gasto en educación ha sido del 2,84%; mientras que, habiendo aplicado nuestra curva que representa un efecto puramente demográfico, se hubiera producido una caída en el gasto anual promedio del 0,05%. Las regiones con diferencias entre ambas comparativas más significativas son Canarias, Aragón, Baleares, Valencia y Galicia.

[127] Denominado así comúnmente. Se trata de gasto que no se estaba reconociendo en el presupuesto del ejercicio en el que se efectuaba, manteniéndose en muchas ocasiones en las cuentas de tránsito como gastos pendientes de incorporación presupuestaria.

[128] Estos mecanismos provocaron en muchos casos un reconocimiento extraordinario del gasto real que correspondía a facturas no registradas o solo contabilizadas en cuentas de transición como la 409 o 411.

[129] Los gastos de los nuevos hospitales que *a priori* quedaron fuera del perímetro de consolidación afectan al gasto real de las comunidades autónomas a través de los pagos regulares que se realizan a cuenta de éstas.

Por la confluencia de ambas circunstancias, como puede apreciarse en la serie de gasto hospitalario, se producen oscilaciones atípicas que no responden estrictamente a los determinantes del gasto sanitario explicadas en el epígrafe previo. Entre 2014 y 2015, con la mejora de los ingresos no financieros, se observa un proceso de recuperación del gasto no financiero y, en particular, del hospitalario. Las elevadas ratios que se registran pueden justificarse no solo por el factor renta sino también por la recuperación de los niveles de remuneración de funcionarios que con anterioridad se redujeron por la supresión de la paga extra en 2012[130].

CUADRO 3.8.

TASAS DE VARIACIÓN INTERANUAL DEL GASTO REAL EN SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2011-2017

	2011	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
Andalucía	0,8	4,5	-5,5	0,3	8,1	2,4	2,8
Aragón	11,6	7,0	-26,2	21,2	7,6	8,2	-3,8
Asturias	4,3	0,6	-16,1	9,1	7,6	2,3	1,7
Baleares	2,1	-18,3	-1,6	7,3	11,4	1,0	5,6
Canarias	-2,9	-6,8	2,4	2,8	7,0	0,6	2,5
Cantabria	-12,2	69,0	-34,0	4,6	5,9	-3,7	1,1
Castilla y León	-7,6	12,7	0,8	-11,1	20,6	-0,4	2,5
Castilla-La Mancha	-2,4	-14,8	-1,2	4,2	1,8	2,5	3,3
Cataluña	-4,5	-3,3	-0,6	0,4	8,6	1,9	2,5
C. Valenciana	0,3	-6,0	-2,8	3,3	9,3	0,0	4,8
Extremadura	0,4	-5,0	0,4	2,5	4,4	3,5	0,2
Galicia	-1,8	-1,5	1,0	1,7	7,4	3,3	2,3
Madrid	23,4	-10,9	-2,5	1,1	9,1	-2,9	2,8
Murcia	2,2	-5,8	-2,6	1,2	5,9	1,6	2,2
Navarra	0,4	-7,4	0,5	2,2	5,9	4,6	3,7
País Vasco	0,3	-1,6	1,4	2,8	4,4	2,2	2,5
La Rioja	0,2	-6,4	-0,5	0,2	5,2	-0,7	1,4
Total	2,1	-2,7	-3,6	1,7	8,3	1,2	2,6

Fuente: *Cuenta Satélite del Gasto Público Sanitario.*

[130] Se han señalado especialmente los datos de variación más atípicos en el periodo.

A la vista de las cifras, en 2015 todavía se aprecian oscilaciones significativas con tasas especialmente positivas (media +8,3% i.a.), como consecuencia de la recuperación de niveles de gasto previos a la crisis y ajustes al alza en las remuneraciones del personal sanitario[131]. A partir de 2016 las ratios de variación se estabilizan en valores más moderados y que imputamos al impacto de los cinco determinantes o motores del gasto sanitario: población, edad, prevalencia, coste y tecnología. Por este motivo, limitamos la comparación entre la variación anual estimada bajo el modelo demográfico y la registrada al periodo 2015-2017. Los resultados obtenidos por comunidad autónoma se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO 3.9.

TASAS DE VARIACIÓN ANUALES EN SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA: REGISTRADA VS ESTIMADA CON EL ENFOQUE DEMOGRÁFICO (2015-2017) VS. PROYECTADA (2018-2030)

	Variación 2015-2017			*Variación proyección*	
	Variación anual registrada	*Variación anual estimada*	*Diferencia (%) variación anual otros factores*	*Variación anual proyectada*	*Diferencia % s/registrada*
Andalucía	2,59	1,03	1,56	1,34	0,31
Aragón	2,00	0,41	1,59	0,71	0,30
Asturias	1,97	0,19	1,79	0,42	0,23
Baleares	3,26	1,86	1,39	2,19	0,33
Canarias	1,56	2,00	-0,45	2,31	0,31
Cantabria	-1,33	0,69	-2,02	0,93	0,24
Castilla y León	1,01	0,14	0,88	0,34	0,20
Castilla-La Mancha	2,87	0,37	2,50	0,73	0,35
Cataluña	2,20	1,06	1,13	1,31	0,25
C. Valenciana	2,40	0,93	1,47	1,32	0,39
Extremadura	1,86	0,31	1,56	0,53	0,22
Galicia	2,78	0,56	2,22	0,58	0,02
Madrid	-0,09	1,63	-1,72	1,78	0,15
Murcia	1,89	1,19	0,70	1,45	0,26
Navarra	4,13	1,01	3,12	1,23	0,22
País Vasco	2,33	0,94	1,38	0,97	0,03
La Rioja	0,38	0,82	-0,44	0,94	0,12
Total	1,89	0,98	0,91	1,24	0,26
Promedio	1,87	0,89	-0,98	1,12	0,23

[131] Subida de salarios del personal funcionario y estatutario y de la recuperación parcial de la paga extra suprimida.

Estos resultados corroboran que a partir del momento en el que se ha estabilizado el gasto sanitario hospitalario 2015-2017, la diferencia entre la variación anual registrada y la estimada a través de nuestro modelo estrictamente demográfico se sitúa en +0,91% i.a. La tasa resultante la interpretamos como la variación explicada a través de factores no demográficos y hay que subrayar que está alineada con las conclusiones que recoge el reciente artículo de la OCDE. Por lo tanto, tomaremos este resultado para la elaboración de las proyecciones de gasto sanitario en un escenario con factores no demográficos variables[132].

Recordemos que las proyecciones que estamos avanzando en el escenario base (impacto sobre el gasto exclusivamente por factores demográficos) anticipa una presión generalizada para los años futuros, que en media se sitúa cerca de tres décimas por encima de la registrada hasta el momento.

En el Anexo IV, incluimos para cada comunidad autónoma y para el agregado, los resultados gráficos del modelo estimado para el periodo 2012-2017 y la curva de valores observados.

Las principales conclusiones que se deducen del contraste del gasto observado frente a la curva estimada con el modelo demográfico son las siguientes:

1. En la mayoría de las comunidades se observa una mayor desviación a favor del estimado entre 2013-2015 para acercarse después significativamente a los datos reales a partir de 2015. Este resultado corrobora que los años 2013-2015 han coincidido mayoritariamente con ajustes presupuestarios para alcanzar los objetivos de consolidación. En cambio, las curvas vuelven a aproximarse mayoritariamente en el ejercicio 2012.

2. En términos generales, el gasto real ejecutado en el período es superior al que se estima por factores demográficos. Este resultado confirma que en estos ejercicios –tras la estabilización de los niveles de gasto– hay un margen de variación del mismo que se explica por factores distintos a los demográficos. La distancia entre ambos datos suele ser superior en 2016, probablemente a causa del esfuerzo realizado para recuperar el nivel de gasto previo a 2013 con el aumento de los recursos presupuestarios.

[132] Esta aplicación supone extrapolar los resultados obtenidos para el principal componente del gasto sanitario, el hospitalario, al resto de gastos (farmacéutico y atención primaria). Aunque el último componente, el de atención primaria podría resultar menos sensible a la aplicación de nuevas tecnologías por los procesos implicados y el sesgo de los usuarios hacia edades superiores. En cualquier caso, un impacto inferior de la tecnología sobre el componente de atención primaria podría asignar un margen superior al crecimiento por otros factores como coste de los factores.

En definitiva, el modelo demográfico se ajusta a lo esperado. Aunque en algunas comunidades el gasto real ha tenido una evolución por debajo de la estimada por el enfoque demográfico en un período de ajuste. En media el margen entre la variación anual estimada a partir de 2015 y la realmente observada se sitúa en el 0,9% anual que, como hemos mencionado, resulta en línea con el consenso de la literatura especializada por el efecto del impacto de la tecnología sobre el gasto sanitario.

3.2.3.3. Proyecciones del gasto sanitario para escenario complementario de variabilidad de factores distintos de los demográficos

El escenario complementario para la elaboración de las proyecciones de gasto sanitario para comunidades autónomas hasta 2030 se ha elaborado a partir de las tasas de crecimiento previstas del escenario base (con la hipótesis de factores no demográficos constantes) y el ajuste de una tasa de variación interanual constante del +0,9% i.a. Esta variación fija se identifica, por simplificación, con un impacto prudente del factor tecnología en el gasto sanitario alineado con las aportaciones de la literatura –constante en todos los ejercicios y común a todas las comunidades autónomas–.

Para este ejercicio, no se han tenido en cuenta otros factores que podrían ser también determinantes en el gasto sanitario como coste de las actividades no asistenciales ("coste de la estancia"[133]), ya sea por aumento de precio de inputs como por la prestación de mayores coberturas; o el incremento de precios de los *inputs*, que en algunas comunidades autónomas, ha podido dar lugar a un importante aumento de gasto sanitario, como las retribuciones de los empleados o personal estatutario o el reconocimiento de las carreras profesionales en algunos casos. Asimismo, tampoco se tiene en cuenta explícitamente los incrementos que pudieran derivarse de mejoras en la calidad de las prestaciones, tanto asistenciales como no asistenciales, fruto de la incorporación neta de nuevos profesionales en el sector público, o el retorno a niveles de calidad asistencial de los años previos a la crisis.

Los resultados los presentamos, al igual que en el escenario base, en términos monetarios, su evolución en relación con el año base 2018, en términos de PIB regional –en línea con las proyectadas en el capítulo 1, y en variación interanual contrastando si pudiera ajustarse o no a la previsión del PIB a medio plazo (regla de gasto).

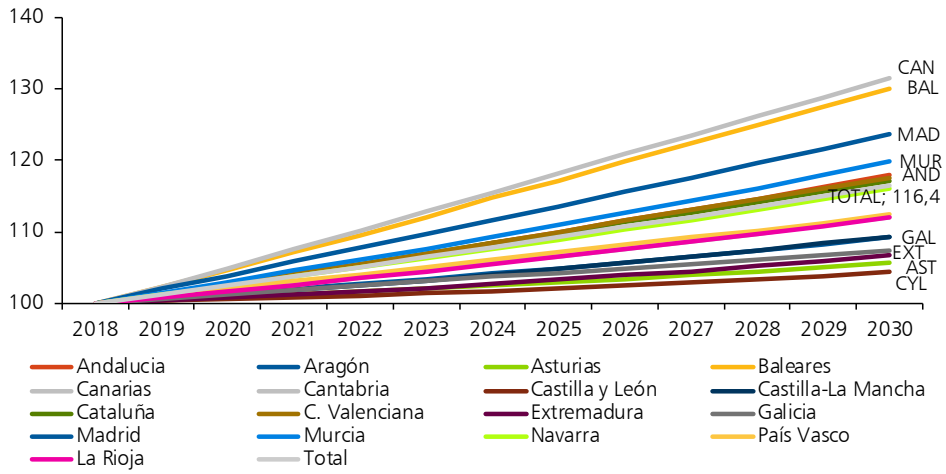
[133] Podría incluirse desde elementos básicos como ropa de cama, vestuario de los pacientes, alimentación y diferentes niveles de confort y bienestar en las habitaciones –limpieza, nivel de ocupación, etc.–, así como otros servicios adicionales que puedan prestarse en los hospitales ligados a aspectos puramente residenciales y a la mejora de la satisfacción de los pacientes.

Las principales conclusiones son los siguientes:

1. La evolución del gasto sanitario total proyectada con base 100 en 2018, supone un incremento adicional de 13 puntos porcentuales adicionales en los doce años explicados únicamente por la evolución supuesta de los factores no demográficos con respecto al escenario base. Si la evolución explicada exclusivamente por las proyecciones demográficas justifica un incremento general de 16 puntos porcentuales, un escenario más realista con el resto de factores variables –en concreto, el factor tecnológico[134]– nos elevaría el gasto sanitario cerca de 30% sobre los niveles actuales. En referencia a la media interanual, supondría pasar de un aumento del 1,3% i.a. a un 2,2% i.a. en términos reales en el gasto sanitario.

GRÁFICO 3.15.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO (AÑO BASE = 2018) BAJO SUPUESTO DE VARIACIÓN DE FACTORES NO DEMOGRÁFICOS



Fuente: Elaboración propia.

Como la aplicación del supuesto de variación de otros factores ha sido la misma con independencia de la comunidad autónoma de la que se trate, las diferencias de presión sobre el gasto sanitario entre comu-

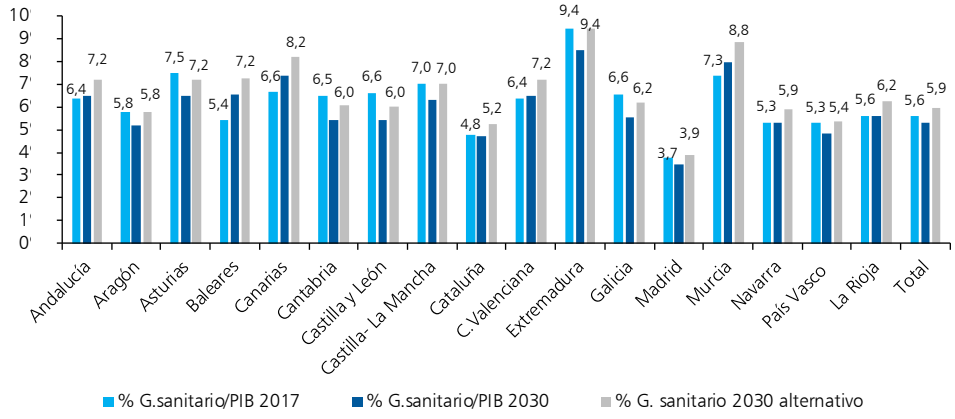
[134] No se está teniendo en cuenta la posible variación de coste por mayores precios, como adecuación de salarios de profesionales y personal estatutario, que en algunos casos puede tener un impacto relevante en el gasto sanitario.

nidades no varían con respecto al escenario base, las comunidades con mayor crecimiento esperado seguirían siendo Canarias (+46%), Baleares (+44%) y Madrid (+37%), sobre el nivel registrado en 2018. En la posición inferior, seguirían situándose Castilla y León, Asturias y Extremadura, con la diferencia de que el escenario complementario les concede un incremento promedio de doce puntos porcentuales adicionales en los doce años. En estos casos, el impacto previsto de la tecnología supondría elevar el crecimiento medio anual esperado desde niveles del 0,35%-0,55% al 1,25%-1,45% i.a.

2. En relación con el PIB el peso del gasto sanitario se incrementaría al menos tres décimas, aunque hay que insistir que no se recogen en la estimación otros factores que puede llegar a tener una fuerte relevancia como, por ejemplo, un mayor coste de las actividades no asistenciales ("coste hostelero"[135]), ya sea por aumento de precio de inputs como por la prestación de mayores coberturas.

GRÁFICO 3.16.

GASTO SANITARIO SOBRE EL PIB REGIONAL POR COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2017 VS. PROYECTADO PARA ESCENARIO BASE (DEMOGRÁFICO) Y COMPLEMENTARIO (DEMOGRÁFICO + FACTOR TECNOLÓGICO)



Fuentes: Elaboración propia. INE, GRD, *Cuenta Satélite del Gasto sanitario.*

[135] Podría incluirse desde elementos básicos como ropa de cama, vestuario de los pacientes, alimentación y diferentes niveles de confort y bienestar en las habitaciones –limpieza, nivel de ocupación, etc.-, así como otros servicios adicionales que puedan prestarse en los hospitales ligados a la mejora de la satisfacción de los pacientes.

En once comunidades autónomas aumentaría el peso del gasto sanitario sobre el PIB por el efecto combinado esperado de la demografía y de la tecnología hasta 2030. No obstante, este incremento es muy variable y oscilaría desde un máximo de 1,8 puntos porcentuales en el periodo (Baleares), hasta prácticamente un estancamiento en Castilla-La Mancha o Aragón. En cambio, en Asturias, Castilla y León, Galicia y Extremadura, aun incorporando un efecto estándar por la incorporación de nueva tecnología, se podría esperar cierta relajación de la presión del gasto sanitario sobre PIB. En estos casos, si se produjesen mayores incrementos de gasto relativo, podrían explicarse por mayores coberturas hosteleras o asistenciales, o por la posibilidad de recuperación de niveles de calidad (p.ej. incorporación de profesionales), o adecuación de remuneración de profesionales, factores que podrían haberse visto menoscabados en la etapa de crisis.

3.3. Metodología y elaboración de las proyecciones de gasto educativo hasta 2030

3.3.1. Fundamentos teóricos para la proyección de gasto educativo

La proyección del gasto educativo a medio plazo se ha realizado utilizando como referencia los fundamentos teóricos para la elaboración de las proyecciones del gasto sanitario adaptándolos a las especificidades de los servicios educativos. Esto es, se ha elaborado una curva de gasto per cápita por rango de edad y género para la educación a la que se han aplicado posteriormente las proyecciones demográficas del INE[136]. La curva de gasto per cápita, aplicada al servicio público educativo, pondrá de manifiesto dos tramos de población en los que se espera un mayor gasto: los menores de 18 años –que cursan educación no universitaria, tanto obligatoria como no obligatoria– y la población entre 18 y 30 años –principales usuarios de la educación universitaria–.

El cálculo de dicha curva ha tomado como referencia el gasto del año natural 2017, por lo que el número de matriculados se ha distribuido en proporción al periodo de escolarización de los cursos académicos que tuvieron lugar ese año, es decir, se asigna dos tercios al curso 2016-2017 y el resto al correspondiente a 2017-2018.

[136] *A priori,* en el escenario base la curva de gasto per cápita en educación por edad se mantiene constante, mientras que los escenarios complementarios registrarán cambios en dicha curva.

En definitiva, el ejercicio de proyección realizado supone transformar la Ecuación 1 del epígrafe 3.1.1 en la Ecuación 6.

$$E_t = N_t \sum_{i=0}^{I} e_{it}\pi_{it} \qquad [6]$$

E_t = Gasto educativo total en año t

N_t = Población total en año t

e_{it} = Gasto per cápita en educación del grupo de edad i, y

π_{it} = proporción de la población del grupo de edad i.

En su aplicación al gasto público en educación, la estimación de la curva de gasto per cápita por edad y sexo deberá elaborarse diferenciando dos categorías generales de gasto, construidas a partir de fuentes de datos específicas en cada una de ellas: gasto no universitario y universitario o terciario.

a. Especificaciones para el cálculo del gasto per cápita no universitario por rango de edad

El gasto total de educación no universitaria es el resultado de multiplicar el gasto medio por alumno correspondiente a cada nivel educativo (que identificamos con distintos procesos): educación infantil, primaria, ESO, Bachillerato, Formación profesional (FP), educación especial y E.E. de régimen especial, por el total de matriculados en el nivel específico.

Siguiendo la construcción teórica del anterior epígrafe (3.1.1.), el gasto en educación no universitaria[137] bajo un modelo contable básico se calcularía del siguiente modo:

$$ENU_t = \sum_{i=0}^{I}\sum_{j=0}^{J}\sum_{r=0}^{R} p_{rjt}e_{rjt}m_{ijt} \qquad [7]$$

Donde el gasto educativo no universitario en el año t, ENU t, sería el resultado de la combinación de unidades de recursos e_r, de tipo r = 1 hasta R, a un coste unitario de cada tipo de recurso p_r, y condicionados por la prevalencia, donde m_{ijt} se define como la cantidad de alumnos de edad i que están en una etapa o proceso educativo j en el momento t.

[137] El resto de categorías se estimará a partir de una extrapolación del modelo empleado en gasto hospitalario con las restricciones que imponga la disponibilidad de fuentes estadísticas para el gasto ambulatorio y farmacéutico.

$$m_{ijt}\frac{m_{ijt}}{n_{it}}\frac{n_{it}}{N_t}N_t = \mu_{itj}\pi_{it}N_t \qquad [8]$$

μ_{ijt} = Tasa de prevalencia para la etapa educativa j entre los individuos de edad i en el año t o, número de matriculados en cada nivel educativo por edad entre la población total del tramo específico de población.

π_{ijt} = Proporción de individuos de edad i en la población total en el año t con la distribución $\left(\pi_i\right)_0^1$ representando su estructura de edad (estructura de edad)

N_t = Población total en año t

b. Especificaciones para el cálculo del gasto per cápita universitario por rango de edad

En el caso de la educación universitaria, aplicamos una metodología equivalente a la del gasto educativo no universitario, teniendo en cuenta además el impacto que supone el desplazamiento de los estudiantes universitarios entre comunidades. Por este motivo, se ha elaborado una curva de gasto universitario[138] por edad específica para cada comunidad autónoma.

Según datos obtenidos el Ministerio de Educación, suponemos que el impacto de la movilidad de los estudiantes recae en los niveles de grado y máster, no resultando así para doctorado. Esta movilidad tiene impacto en la tasa de prevalencia de los matriculados, de tal forma que la población de una comunidad autónoma determinada se ajusta incrementando ésta en el número de estudiantes que recibe de otras regiones y viéndose mermada por la salida de estudiantes a otras regiones. En este sentido, en la medida que no conocemos el tramo de edad afectado por la movilidad, sino que el dato es agregado, nos hemos basado en la hipótesis de que, en el caso de los estudiantes de grado, los estudiantes con mayor propensión a desplazarse se encontrarán en el tramo de edad de 18-21 años y en el caso de los estudiantes de máster, éstos se encuentran entre los 22 y 30 años[139].

Cabe mencionar que la proporción de estudiantes desplazados a otras comunidades sobre la población en el tramo de edad determinado de la región

[138] Este gasto no incluye becas, ya que no es un gasto propio de la comunidad sino transferencias recibidas desde el Estado.

[139] En el caso del nivel de grado, el 51,7% de los matriculados se encuentra en el tramo de población entre 18 y 21 años. En el caso del nivel de máster, el 76,7% del total de estudiantes se concentran en el tramo de población entre 22 y 30 años.

de origen se mantiene constante para la proyección futura. De esta forma, la población total nacional se mantiene inalterada, mientras que la población por región se ajusta al alza o a la baja en función de si la comunidad es emisora o receptora neta de estudiantes universitarios.

3.3.2. Estimación de la curva de gasto de educación no universitaria per cápita por perfil de edad

Como ya advertimos, se han estimado dos curvas distintas de gasto educativo, una para el nivel no universitario y otra para el gasto en el nivel universitario. Debe tenerse en cuenta que el gasto educativo no universitario supone más del 78% del gasto público en educación de las comunidades autónomas.

A diferencia de lo que veremos para el gasto universitario (ver detalle en apartado 3.3.3.3), mantenemos en este caso una curva común para todas las comunidades autónomas[140] tomando como referencia principal la *Estadística del Gasto Público en Educación del año 2017* que publica el Ministerio de Educación anualmente. Las categorías en las que divide el gasto en educación no universitaria son cinco: i) Educación infantil y primaria; ii) Educación secundaria y FP; iii) EE de régimen especial; iv) Educación especial; y v) Educación de adultos.

No obstante, en esta estadística existe una serie de partidas de gasto comunes a varios niveles educativos. Por tanto, con el objetivo de calcular el coste según la categoría correspondiente, se han imputado al coste directo (principalmente, salario de profesores), otros recursos, para los cuales se han llevado a cabo las siguientes hipótesis de reparto:

- Educación compensatoria: el coste se reparte en función del número de alumnos que necesitaron educación especial (sin incluir el propio nivel educativo). Este gasto se reparte entre los niveles de educación infantil y primaria, y educación secundaria y FP.

- Servicios complementarios: esta partida hace referencia al gasto en comedor, transporte, residencia, servicios médicos, orientación esco-

[140] Esta decisión se justifica en la falta de información detallada de matriculados por edad, por nivel educativo y por comunidad autónoma en enseñanza no universitaria. Este detalle solo está disponible para el conjunto nacional. En cualquier caso el interés de la curva es detectar el impacto de la presión demográfica sobre la evolución del gasto. Aunque *a priori* se utiliza una curva común –dados unos procesos estandarizados con un coste medio–, como se verá más adelante, se traslada la evolución que se infiere para cada comunidad autónoma, al gasto que ésta efectivamente viene realizando hasta 2018.

lar,… Su reparto se realiza entre educación primaria y secundaria en función del número de alumnos.

- Educación exterior: se distribuye en proporción al número de matriculados en el exterior.

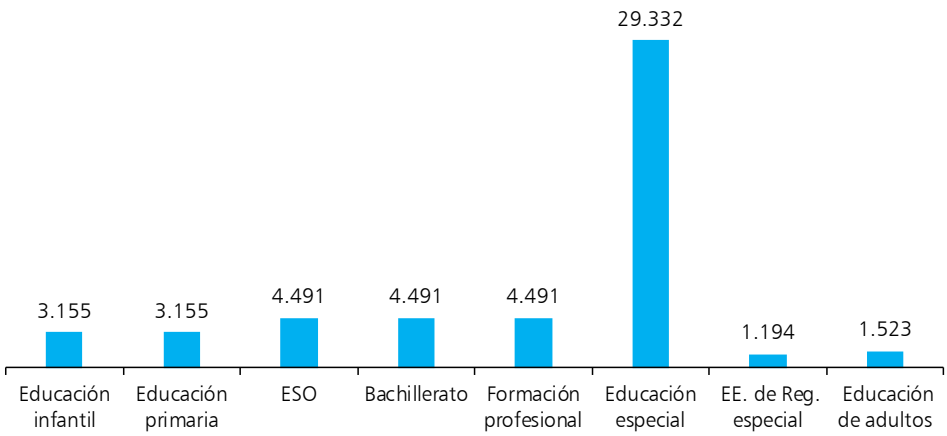
- Otros gastos: incluyen actividades extraescolares, formación del profesorado, investigación educativa, administración general y otras enseñanzas. Esta partida residual se reparte en función del gasto directo de cada nivel educativo.

Por otra parte, la estadística también facilita información detallada sobre el alumnado de los distintos niveles educativos no universitarios, resultando crucial para nuestro objetivo disponer del número de alumnos matriculados y edad de los mismos.

A partir de estos datos, conocemos los niveles educativos que registran un mayor gasto por alumno para las comunidades autónomas. Según los resultados del gráfico 3.17., el nivel educativo que detrae un mayor gasto por matriculado es la educación especial, con un gasto por matriculado de 29.300 euros, con un 0,5% del total de alumnos no universitarios. Los niveles educativos obli-

GRÁFICO 3.17.

GASTO PÚBLICO POR MATRICULADO EN FUNCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO, EXCLUYENDO UNIVERSIDAD
(Euros)



Fuente: Ministerio de Educación, Afi.

gatorios –educación primaria y ESO– registran un gasto por alumno de 3.160 y 4.500 euros, respectivamente.

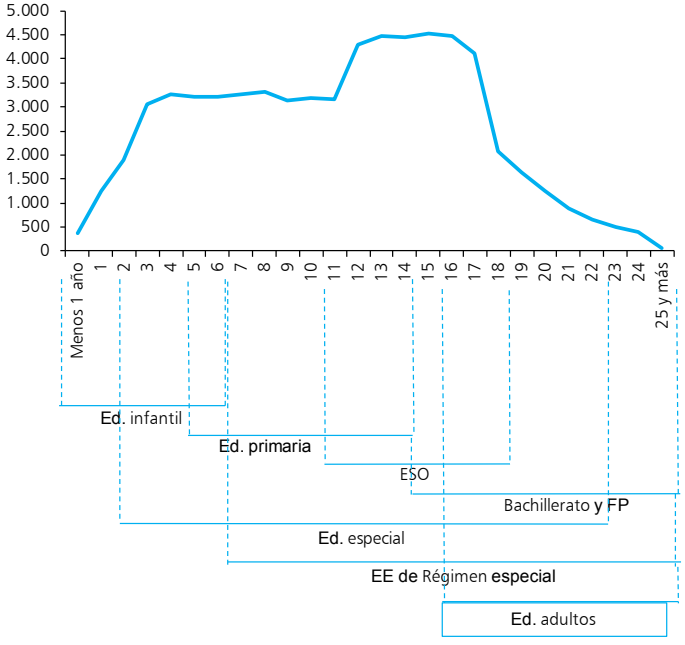
No obstante, la ausencia de información suficiente para poder discriminar el gasto incurrido por matriculado por mayor desglose de categorías de gasto obliga a asignar el mismo gasto público por matriculado para las categorías educación infantil y primaria; y de forma equivalente, a ESO, Bachillerato y FP.

Para determinar el gasto per cápita por edad, se multiplica la prevalencia de matriculación (o probabilidad de estar matriculado) en un nivel educativo específico en cada tramo de edad (calculado como el número de alumnos matriculados en ese nivel por edad entre la población total de esa edad) por el gasto según el nivel educativo. El gasto total per cápita por edad coincide con el sumatorio de los resultados obtenidos para cada nivel educativo.

En el gráfico 3.18., se perfila la curva de gasto público no universitario per cápita. En la parte inferior del gráfico, se incluye un esquema que permite

GRÁFICO 3.18.

CURVA DE GASTO PÚBLICO NO UNIVERSITARIO PER CÁPITA POR EDAD (Euros)



Fuentes: Ministerio de Educación, INE y Afi.

conocer, por edades, el cruce con las distintas etapas y niveles educativos que afectan al gasto total por edad.

Las principales conclusiones que se obtienen de la curva de gasto público no universitario son:

- El mayor gasto público per cápita se concentra en el tramo de la población de edades comprendidas entre los 3 y 17 años. Esto coincide con la segunda etapa de educación infantil y la obligatoriedad de los ciclos para una educación básica –educación primaria y ESO–, por lo que prácticamente el 100% de la población total en ese rango de edad están escolarizados. En cualquier caso, el gasto se intensifica en el tramo poblacional entre 11 y 17 años, coincidente con la realización de los cursos de ESO/Bachillerato/FP, donde el gasto por alumno es superior.

- Respecto a los extremos de la curva, desde 0 a 3 años el gasto comienza a incrementarse ligeramente coincidiendo con la matriculación en primera etapa de educación infantil, con una tasa de prevalencia con tendencia alcista. Por el contrario, a partir de los 18 años, el gasto per cápita tiende a reducirse, en la medida que los estudiantes abandonan los estudios, se incorporan al mercado de trabajo o bien, continúan con su formación en la universidad.

- En la distribución de gasto por edad se han tenido en cuenta tanto los alumnos que han podido adelantar cursos, como los posibles repetidores, ampliando el rango de edad esperado en cada etapa.

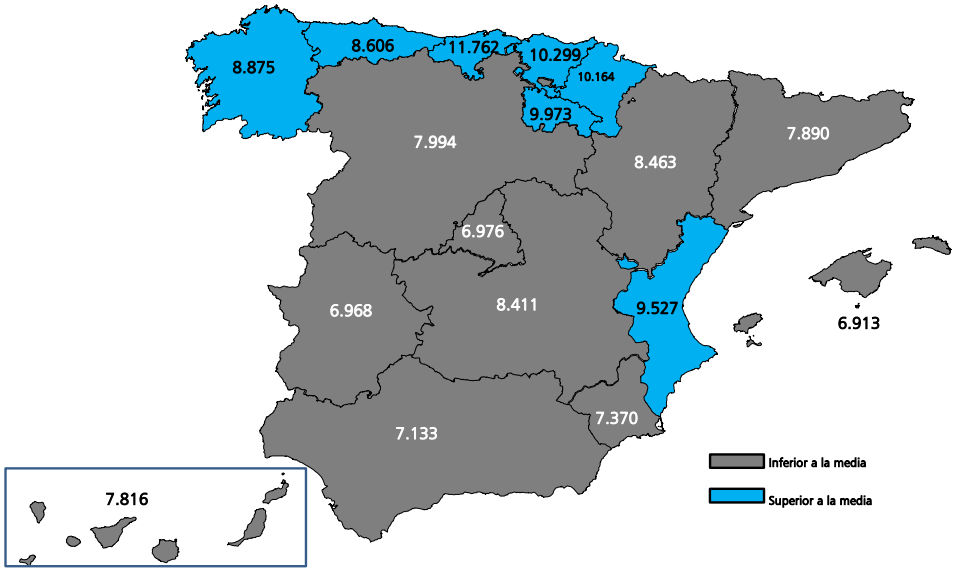
3.3.3. Particularidades de las curvas de gasto en educación universitaria

Las principales diferencias que se han llevado a cabo para el diseño de la metodología para obtener un perfil de gasto público universitario por edad son:

1. Diseño de una curva de gasto público universitario por cada una de las comunidades autónomas. La base de datos estadística del Ministerio de Educación permite perfilar por región una curva que recoge el gasto per cápita por tramos de edad (18-21, 22-30, 30-40 y más de 40 años). Dada la disparidad de gasto público universitario por alumno que existe entre regiones (casi 5.000 euros de diferencia entre la región con el gasto por alumno más elevado –La Rioja– y la más baja –Baleares–), consideramos más apropiado adaptar la curva al gasto propio de la comunidad.

GRÁFICO 3.20.

GASTO PÚBLICO POR MATRICULADO EN LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA (EUROS)



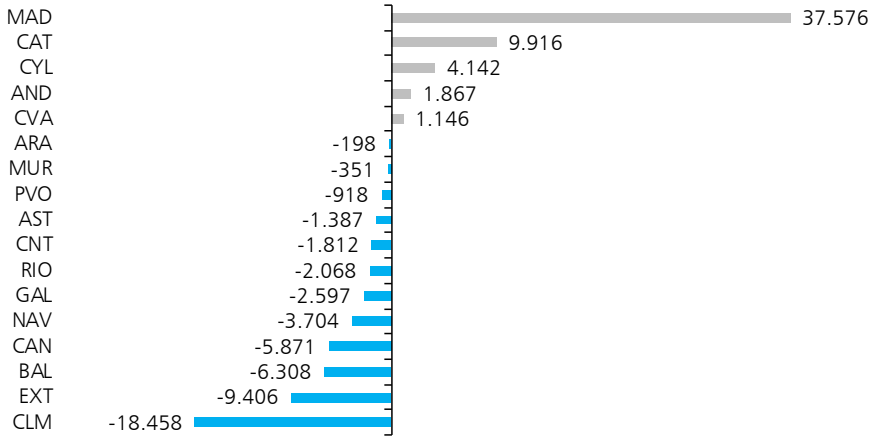
Fuentes: Ministerio de Educación, INE y Afi.

2. Ajuste en las tasas de prevalencia –matriculados– considerando la proporción de estudiantes que se desplazan a otras regiones para cursar sus estudios universitarios. En la medida que la proyección del gasto en educación dependerá del efecto demográfico, consideramos relevante tener en cuenta si la región es emisora o receptora de estudiantes universitarios, ya que, en cierta medida y con diferentes grados de repercusión en cada comunidad autónoma, la evolución de la población de una región repercute en el gasto en educación universitaria de otra comunidad.

   Por un lado, en función de la movilidad de los matriculados en grado –considerando el tramo de población 18-21 años como base para calcular la proporción de estudiantes que se desplazarán– las comunidades autónomas que verían incrementada su población por la migración neta positiva serían Madrid –con un crecimiento muy significativo–, Cataluña, Castilla y León, Andalucía y Comunidad Valenciana. Por el contrario, las regiones que verían mermadas su población inicial por la migración neta negativa serían Castilla–La Mancha, Extremadura, Baleares, Canarias, Navarra, Galicia, La Rioja, Cantabria, Asturias, País Vasco, Murcia y Aragón.

GRÁFICO 3.20.

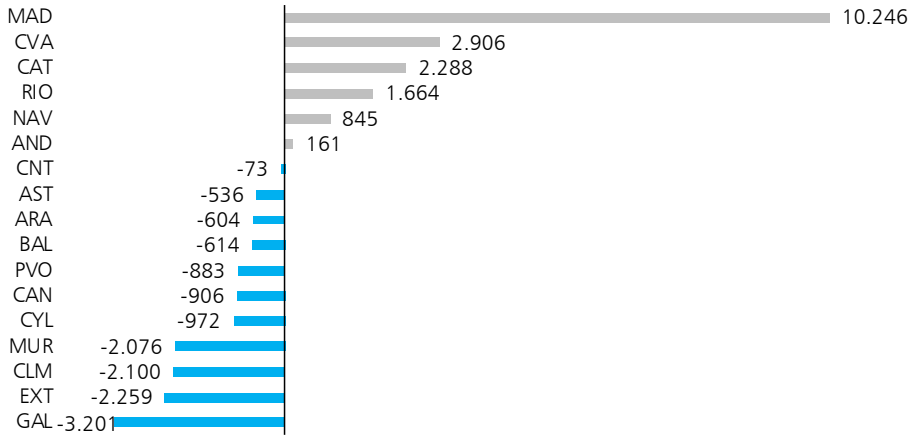
REGIONES EMISORAS/RECEPTORAS DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE GRADO EN 2017 (ESTUDIANTES)



Fuente: Ministerio de Educación, Afi.

GRÁFICO 3.21.

REGIONES EMISORAS/RECEPTORAS DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE MÁSTER EN 2017 (ESTUDIANTES)



Fuente: Ministerio de Educación, Afi.

De acuerdo con la movilidad de los estudiantes de máster –considerando como tramo de edad potencial para estos desplazamientos la población comprendida entre los 22 – 30 años-, destacan las comunidades de Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña, La Rioja y Navarra por tener un saldo neto positivo en el número de estudiantes que se desplazan. Por el contrario, las regiones que registran un saldo neto negativo, es decir, aquellas cuya salida de estudiantes para formarse en máster es mayor a la entrada de estudiantes de otras regiones serían Galicia, Extremadura, Castilla–La Mancha y Murcia. No obstante, cabe destacar que la dispersión de la migración neta de estudiantes entre comunidades en este ciclo de la formación se reduce respecto a las diferencias significativas registradas en el grado.

3.3.4. Curvas del gasto público en educación per cápita y por CC.AA.

Con el fin de obtener una curva por comunidad autónoma del perfil en nivel de gasto per cápita para todos los niveles educativos, se ha fusionado la curva construida para los niveles educativos no universitarios con la obtenida para los ciclos universitarios. Cabe mencionar que para que el perfil de gasto educativo per cápita refleje la realidad de cada región, se ha procedido a ajustar la curva obtenida para el gasto no universitario por las desviaciones en el gasto total real y estimado del ejercicio 2017.

Las curvas de gasto público en educación per cápita por CC.AA. se presentan en el Anexo V.

De las curvas anteriores se deduce que, en general, todas tienen un patrón de gasto por habitante común. Destaca el salto en el gasto per cápita que tiene lugar a los 18 años de edad. Este salto se explica porque es a esa edad cuando comienza la enseñanza universitaria, cuyo coste al que deben hacer frente las comunidades es mayor.

No obstante, como se puede observar en el caso de Baleares, esta elevación del gasto apenas se lleva a percibir en el gráfico (la diferencia respecto al gasto per cápita de 17 años es de 18 euros/habitantes). El motivo principal es que, aunque el gasto universitario es mayor, la tasa de prevalencia (matriculados) es muy baja, por lo que, en términos de gasto per cápita, se diluye el efecto de un mayor gasto.

En detalle por comunidades autónomas, aquellas en las que la brecha de gasto per cápita de la población entre 17 y 18 años es más pronunciada son Cantabria (5.084 euros), País Vasco (5.054 euros), Castilla y León (4.117 euros),

Galicia (4.055 euros), Aragón (3.983 euros), Comunidad Valenciana (3.877 euros) y Madrid (3.210 euros).

3.3.5. Resultados de las proyecciones de gasto educativo por comunidad autónoma según escenario base para 2018-2030

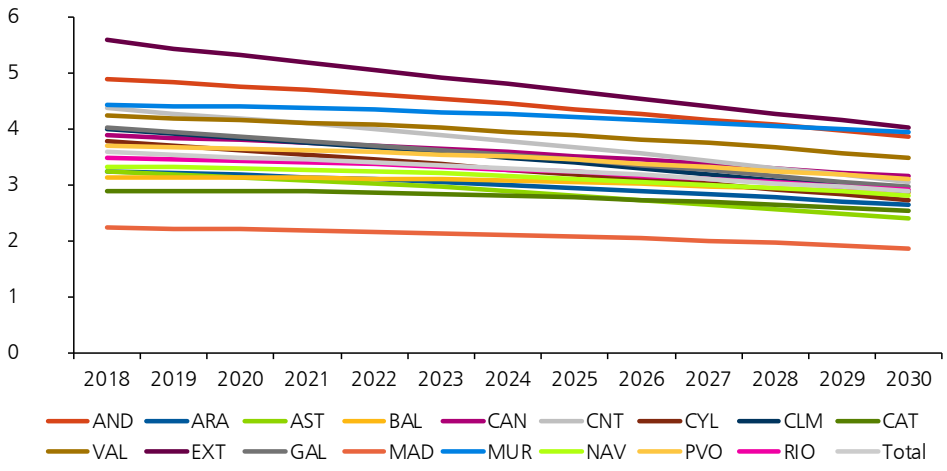
En este apartado se recogen las proyecciones en el gasto público en educación desde un enfoque puramente demográfico. Las curvas de gasto per cápita perfiladas para cada una de las regiones se mantienen constantes para todo el período de proyección (2018-2030), aplicándose en función de las previsiones demográficas de cada región (ver apartado 3.1.).

Un indicador relevante para medir el gasto público en educación es el gasto sobre PIB regional. A nivel nacional, para el escenario base –aislando el impacto demográfico y manteniendo constante el resto de factores– el gasto/PIB tiende a reducirse durante el periodo analizado, pasando de un 3,59% en 2018 hasta el 2,88% en 2030, debido a un menor gasto en educación en paralelo a un crecimiento económico positivo.

Por comunidades autónomas, las que registrarían mayores caídas en términos relativos son por orden de mayor a menor: Extremadura (1,56 puntos porcentuales), Cantabria (1,31p.p.), Castilla–La Mancha (1,11 p.p.) y Galicia (1,05 p.p.).

GRÁFICO 3.22.

PROYECCIÓN GASTO TOTAL EDUCACIÓN SOBRE PIB POR CC.AA. (2018-2030)



Fuente: Elaboración propia.

Si situamos como referente el 4% del PIB, valor en torno al que se encuentran las medias internacionales de referencia UE-23 y OCDE, las perspectivas de evolución del gasto por razones estrictamente demográficas anticipan ahorros significativos en términos relativos, sin menoscabo –como se propone en los escenarios complementarios– que puedan aplicarse a mejoras en el nivel de financiación por estudiante para su convergencia con las medias y los países de referencia, u otros destinos, como gastos en inversión o formación de profesorado. Con esta previsión, cabría barajar distintas posibilidades:

a. Aplicar los ahorros previstos con respecto al nivel máximo alcanzado en el periodo a otros servicios en los que se anticipe mayor presión sobre el gasto.

b. Posibilita el planteamiento de fondos anticíclicos que permitan acumular posibles ahorros para su futura aplicación a la prestación de servicios en etapas de estrés económico, sin poner en riesgo nuevamente la elevación de los niveles de deuda.

c. Plantear una revisión exhaustiva del gasto en educación en todos los niveles educativos y su eficiencia y eficacia, para replantear el sistema. Por ejemplo, fomentar una mayor inversión en tecnología, reducir el tamaño máximo de las aulas, multiplicar la dotación de profesorado y su asistencia en aula, o dotar de nuevos recursos pedagógicos a los mismos con objeto de mejorar los resultados. Esto supondría aplicar los ahorros generados por un planteamiento de continuidad a medidas innovadoras en materia de educación.

GRÁFICO 3.23.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN EDUCACIÓN, ESCENARIO DEMOGRÁFICO
(Millones de euros)

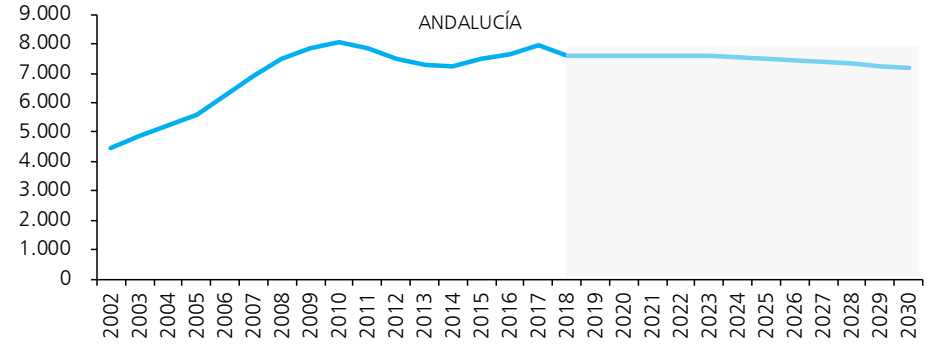


GRÁFICO 3.23. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN EDUCACIÓN, ESCENARIO DEMOGRÁFICO
(Millones de euros)

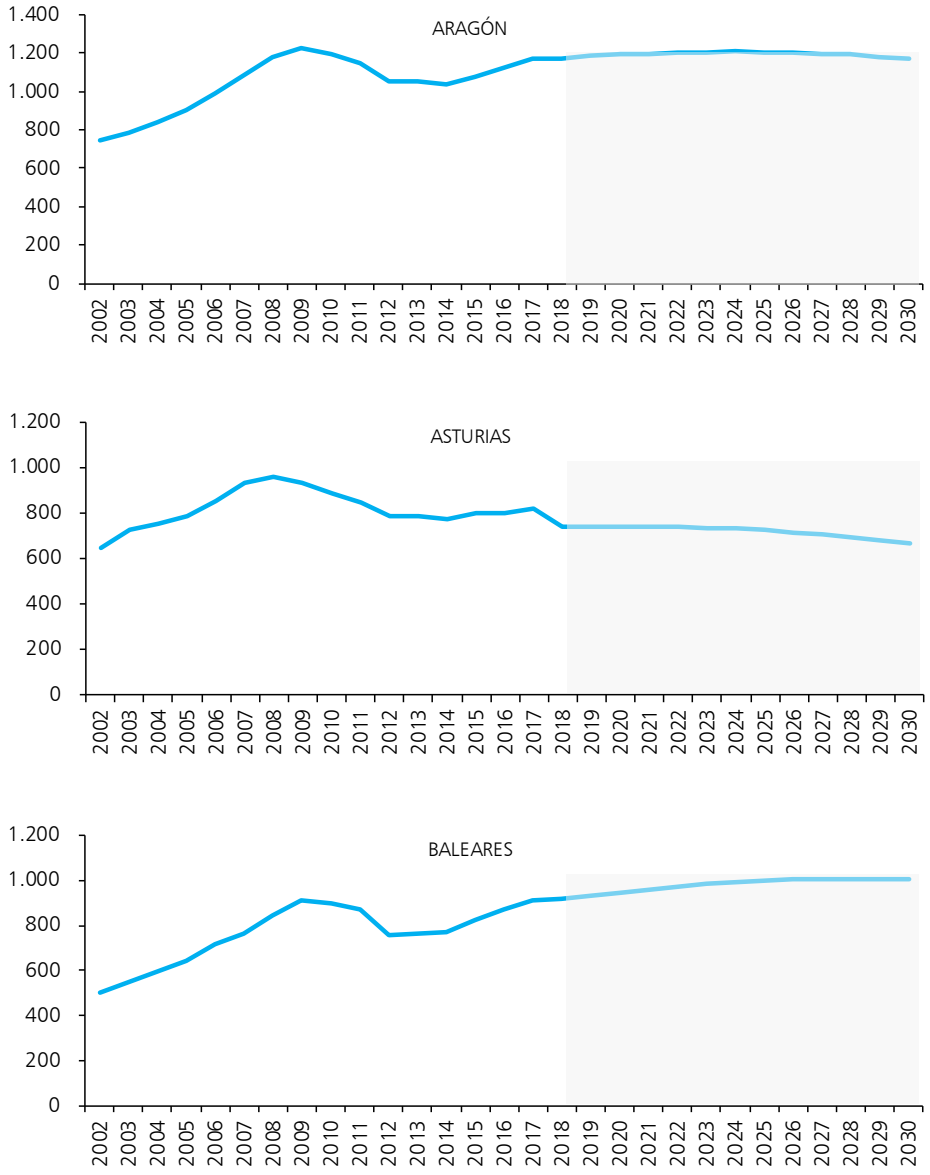


GRÁFICO 3.23. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN EDUCACIÓN, ESCENARIO DEMOGRÁFICO
(Millones de euros)

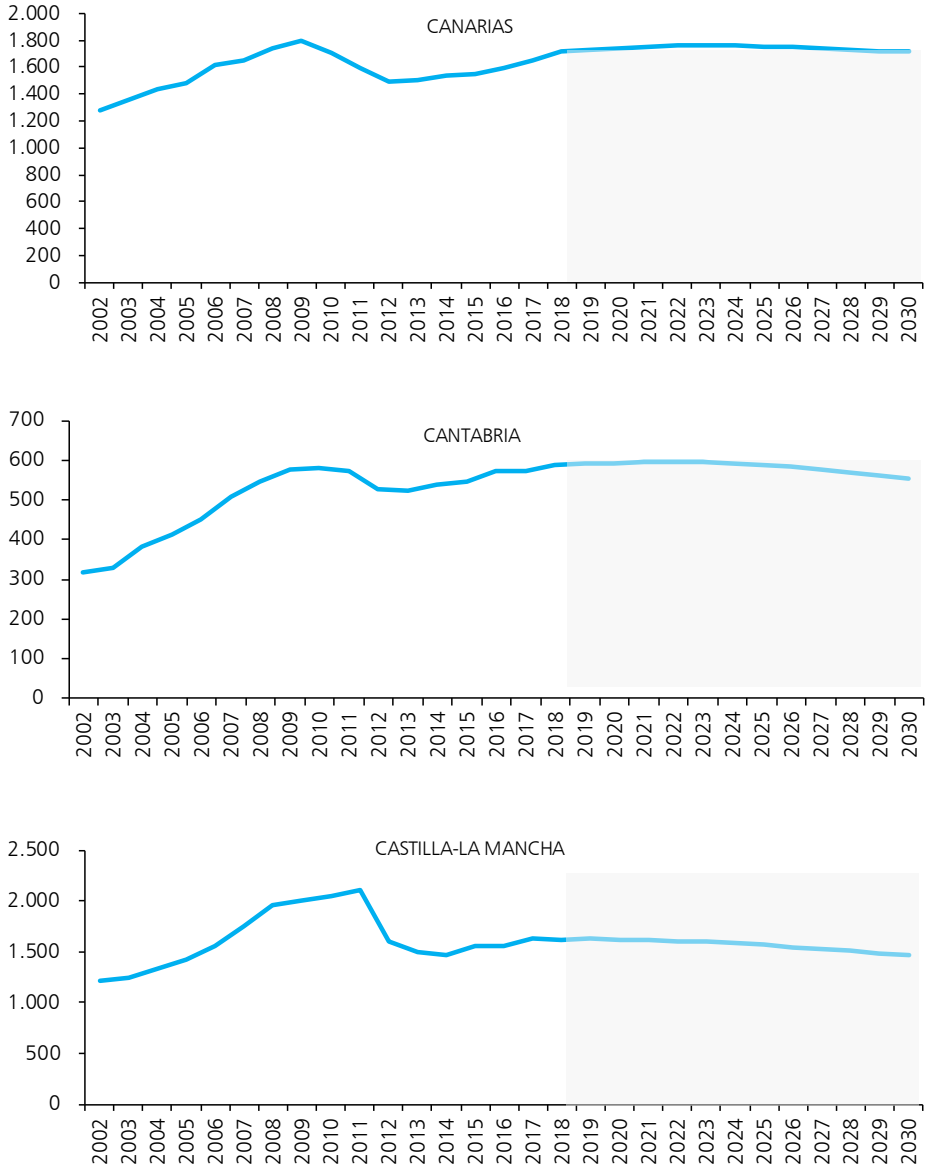


GRÁFICO 3.23. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN EDUCACIÓN, ESCENARIO DEMOGRÁFICO
(Millones de euros)

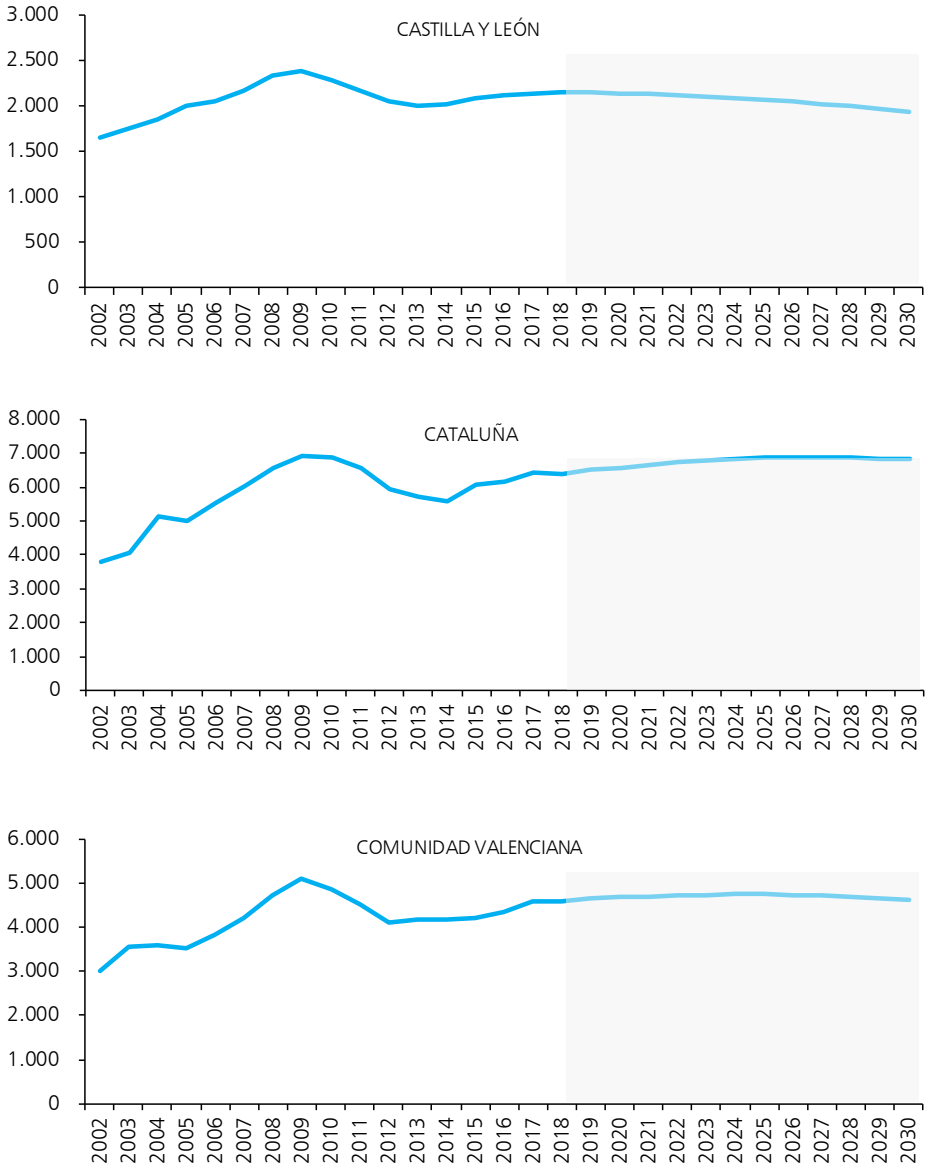


GRÁFICO 3.23. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN EDUCACIÓN, ESCENARIO DEMOGRÁFICO
(Millones de euros)

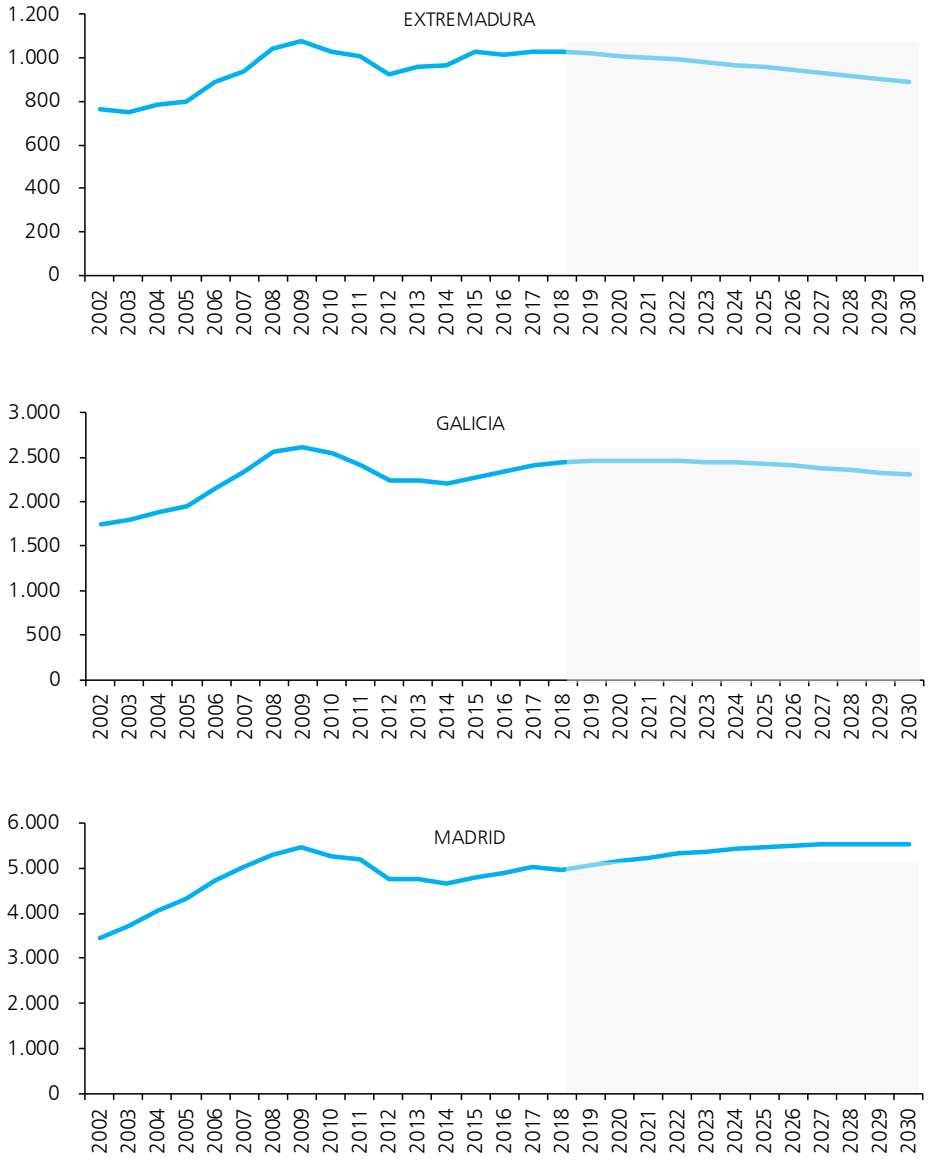


GRÁFICO 3.23. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN EDUCACIÓN, ESCENARIO DEMOGRÁFICO
(Millones de euros)

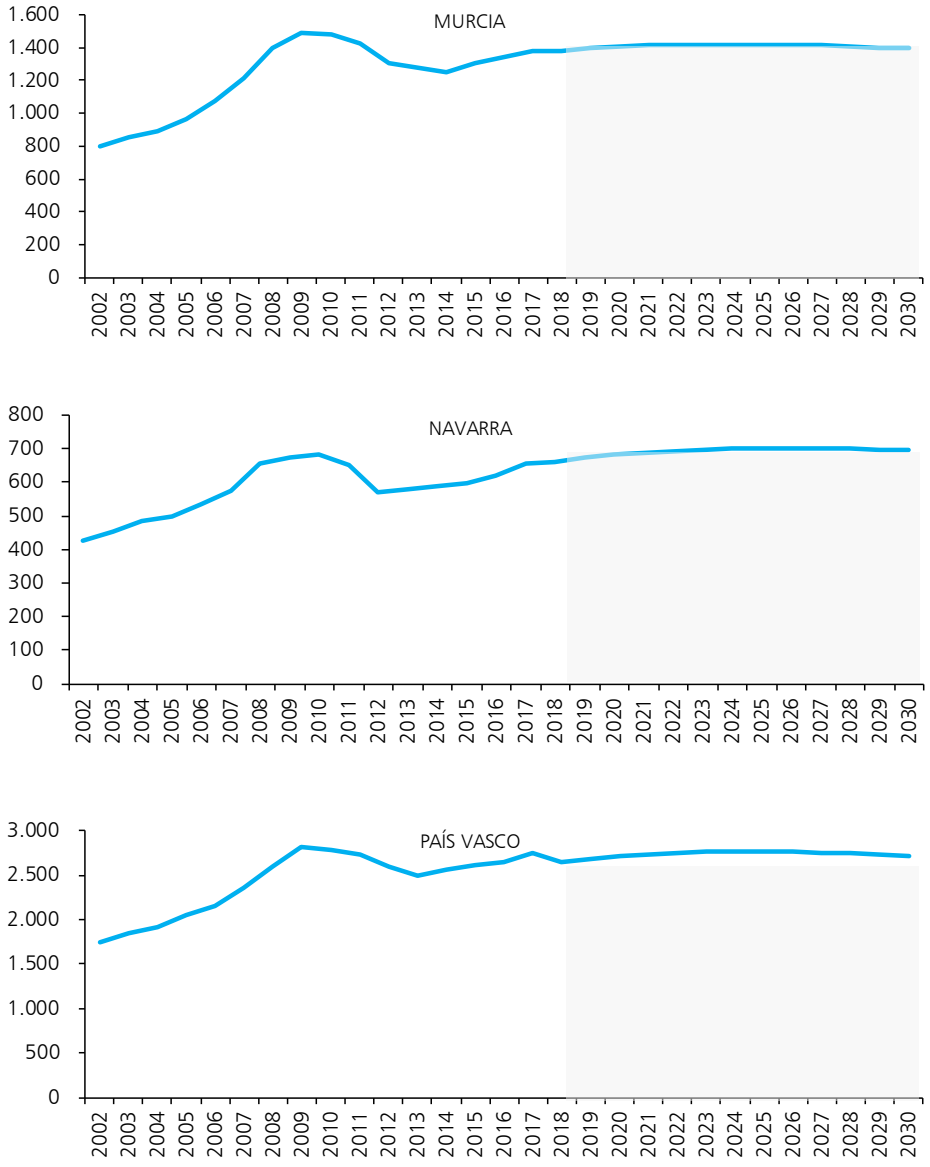
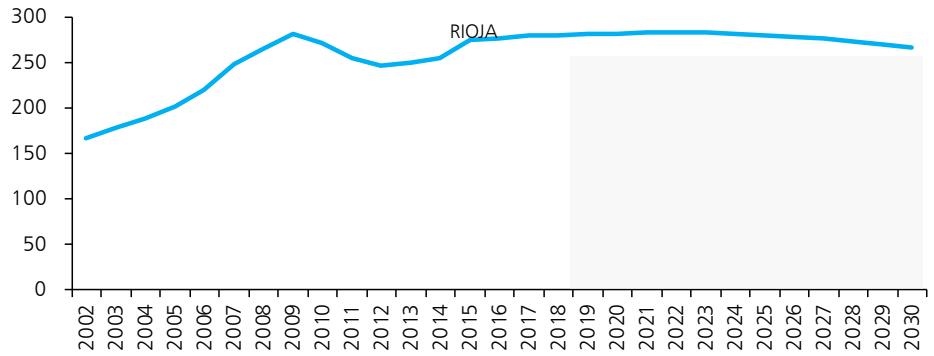


GRÁFICO 3.23. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN EDUCACIÓN, ESCENARIO DEMOGRÁFICO
(Millones de euros)



Fuentes: Ministerio de Educación, INE y Afi.

Con carácter general, la mayor parte de las comunidades autónomas bajo un enfoque estrictamente demográfico no verían incrementado su gasto educativo más allá de los máximos registrados en los años 2008-2010, salvo las comunidades de Baleares y Madrid, cuando menos estancándose a partir de 2018 o bien incluso decreciendo, resultando en este caso el proceso más intenso en Castilla-La Mancha y Asturias.

3.3.6. Escenario complementario aplicado al gasto educativo

El escenario que se ha definido para proyectar una evolución alternativa del gasto educativo surge como consecuencia de las conclusiones del epígrafe 3.2.2., que sitúan el gasto en educación –en todos los niveles educativos– por alumno por debajo de la media UE-23 y la OCDE. Entre las razones que se pueden justificar como explicativas de esta brecha son las siguientes:

1. La distribución del gasto de las instituciones educativas públicas presenta en España un sesgo superior a las medias internacionales hacia el gasto corriente, con un 97% del total mientras que la media OCDE registra un porcentaje cuatro puntos inferior (93%) con mayor porcentaje de recursos destinados a inversión (7% del total vs. 3% España). Por tanto, parte de la brecha de gasto por estudiante puede explicarse por los gastos de capital, cuya dotación podría ser susceptible de incrementarse.

2. Las posibles diferencias de costes entre instituciones educativas públicas, concertadas y privadas, que pueden concentrarse en cierta medida en el diferencial entre la remuneración final de los docentes en cada uno de los tipos de institución. El gráfico 3.2.8 del epígrafe 3.2.2. confirmaba que la retribución anual del profesorado en instituciones públicas, en dólares en términos de paridad de poder de compra, se situaba en el tramo medio alto en la comparativa internacional, tanto en el inicio de la carrera profesional como el máximo de la escala para cada nivel educativo. Sin embargo, esta conclusión no puede extrapolarse, con la información disponible, a las retribuciones medias en todos los tipos de instituciones, ni entre las distintas comunidades autónomas que pueden tener diferentes niveles retributivos.

El peso de la enseñanza concertada es significativo en los niveles de educación no universitaria, variando a su vez entre unas comunidades autónomas y otras. Aunque no se dispone de información oficial relativa a la comparativa de retribuciones medias entre los distintos sistemas (público, privado o concertado), la posible existencia de una brecha de los dos últimos con respecto al primero podría explicar el menor nivel de gasto en España con respecto al de la UE y la OCDE. Aunque en los últimos años las comunidades autónomas han tratado de corregir el desfase salarial con el fin de homologar definitivamente a los docentes de ambas redes de enseñanza todavía se mantienen algunas diferencias[141] que explican una brecha con respecto a la retribución en los centros públicos que podría rondar en media entre el 2 y el 4%[142].

Por tanto, volviendo al gráfico 3.2.4. del epígrafe 3.2.2.que sitúa el gasto anual por estudiante de primaria a terciaria en España en 9.464 euros y el de la UE 23 en 10.688 euros, la convergencia con Europa supondría aplicar un coeficiente del 1,12 en media[143] al gasto medio por cada estudiante[144], resultando este supuesto la caracterización del escenario complementario propuesto.

Los resultados del escenario complementario que implica asumir la alineación con el gasto por alumno a nivel europeo en 2020 supondría un incremento

[141] Es en la retribución por antigüedad donde se localizan las principales diferencias. Mientras la enseñanza pública tiente reconocido el cobro de sexenios, este plus por antigüedad no figura en la retribución de los concertados, que solo acceden en general a los trienios. Por tanto, las diferencias se constata en mayor medida conforme se alarga la carrera profesional del docente, sobre los docentes con mayor experiencia provocando por tanto una brecha superior en los niveles máximos de la escala retributiva.

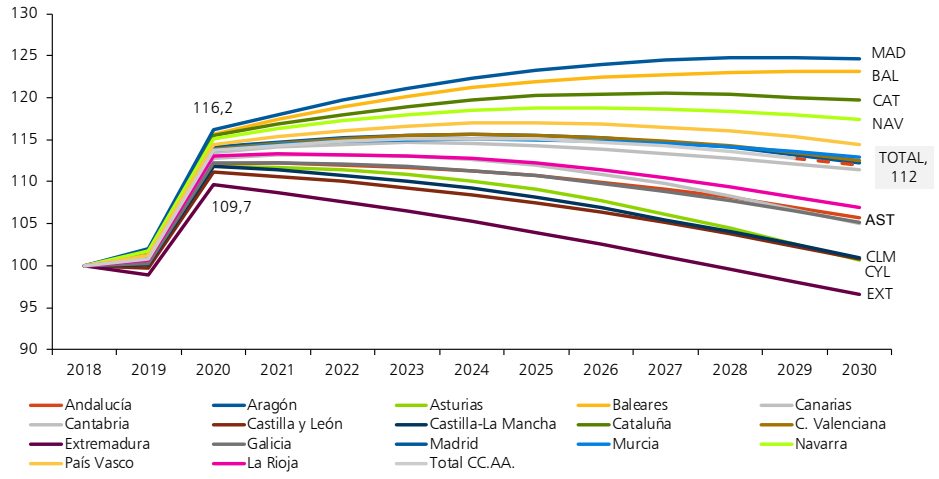
[142] No se dispone de información estadística oficial al respecto, la información es la facilitada por las organizaciones sindicales y distintos medios de comunicación al respecto de la diferencia salarial entre unos y otros grupos.

[143] Por niveles, la mayor diferencia se advierte en terciaria con un coeficiente del 1,2 y el menor en secundaria con un 1,07. En primaria, el coeficiente para la convergencia de las medias coincide exactamente con el 1,12.

[144] Tal como se ha construido la metodología para las proyecciones, sería equivalente a elevar en esa misma escala el gasto per cápita por cada tramo poblacional.

GRÁFICO 3.25.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EDUCATIVO (MEDIO POR ESTUDIANTE, AÑO BASE = 2018) BAJO ESCENARIO COMPLEMENTARIO DE CONVERGENCIA (EN 2019/2020) EN GASTO POR ALUMNO CON LA UE-23



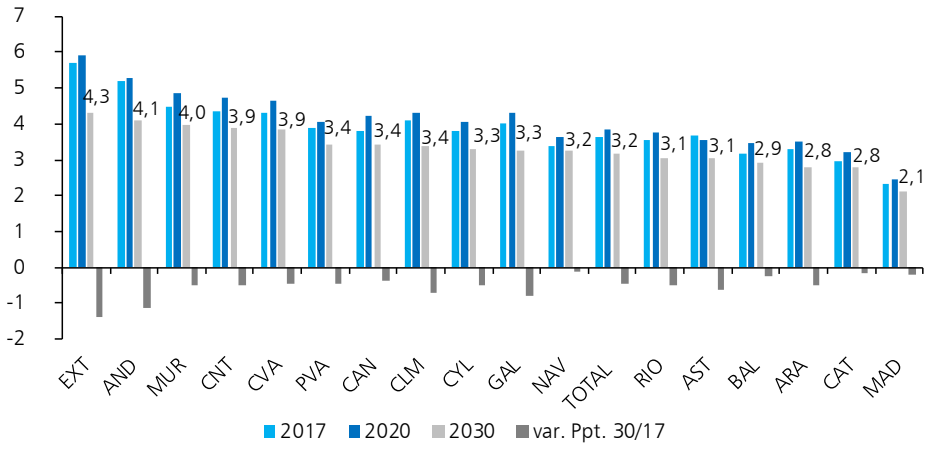
relevante del gasto total en dicho ejercicio que oscilaría entre los 16 puntos en el caso de la Comunidad de Madrid y los diez puntos de Extremadura. Sin embargo, lo más destacable de los resultados es que las proyecciones demográficas vuelven a determinar una progresiva caída del nivel de gasto en buena parte de las comunidades autónomas. A nivel agregado, el máximo de gasto se alcanzaría en 2024 con un 115,1 sobre el año base, para descender progresivamente hasta el 112 en 2030, esto es, caer unos tres puntos sobre dicho nivel máximo. Asturias, Castilla y León y Extremadura iniciarían la senda de descenso en primer lugar desde el ejercicio inmediatamente superior a la medida de acondicionamiento del gasto per cápita. En cambio, Baleares, Madrid y Cataluña se situarían en 2030 por encima del nivel alcanzado en 2020, año de aplicación de la medida.

Desde la perspectiva del peso del gasto educativo proyectado sobre el PIB real, a pesar de introducirse una medida específica dirigida a la convergencia con el nivel de gasto por estudiante de la UE-23 en 2020, el gasto en términos de PIB no solo no aumenta, sino que volvería a reducirse, como ocurría en el escenario base, como consecuencia de la evolución demográfica[145]. Esta previ-

[145] Recordemo que bajo hipótesis de que el resto de factores permanecen constantes. Esto es, ni precios ni remuneraciones de los docentes varían tras la convergencia de nivel en 2020.

GRÁFICO 3.26.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EDUCATIVO (AÑO BASE = 2018) SOBRE PIB REAL BAJO ESCENARIO COMPLEMENTARIO DE CONVERGENCIA EN GASTO POR ALUMNO CON LA UE-23



sión constituye una oportunidad de mejora para elevar la dotación del gasto en educación. Por tanto, en ausencia de otros factores que puedan afectar a la trayectoria del gasto educativo hasta 2030, el peso sobre PIB tiende a reducirse en el periodo de referencia.

3.4. Metodología y elaboración de la proyección de gasto público en dependencia hasta 2030

3.4.1. Singularidad del gasto público en dependencia: heterogeneidad en la implantación del SAAD en las comunidades autónomas

El artículo 2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define dependencia como: "Estado de carácter 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".

Como ya se explicó en el capítulo 2, el sistema de autonomía y atención a la dependencia (SAAD), en el que colaboran todas las administraciones públicas con competencias en la materia, se creó a partir de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre y se modificó posteriormente por el Real Decreto- Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y el fomento de la competitividad, lo que provocó un importante retraso en su implantación definitiva, y acentuó la desigualdad que ya se venía observando en su implantación por comunidades autónomas.

El SAAD está conformado por un conjunto de dispositivos asistenciales, prestaciones económicas y ayudas destinadas a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. La regulación básica establece que el dependiente deberá solicitar expresamente el acceso al sistema para que la administración competente pueda reconocer su grado de dependencia y una vez reconocido, el beneficiario pueda acceder a un catálogo de servicios y/o unas prestaciones económicas[146]. Este acceso está condicionado por lo que dicte el Programa Individual de Atención (PIA). El PIA es un informe que elaboran los servicios sociales en el que se indican las modalidades de intervención más adecuadas para cada dependiente reconocido en función de los recursos previstos en la resolución para su grado y nivel de cada dependiente.

Las diferencias en el alcance de la implantación entre comunidades autónomas se aprecian, entre otros factores, en el periodo que transcurre desde que el dependiente cursa la solicitud hasta que recibe de forma efectiva la prestación. La normativa establece un plazo máximo de seis meses desde la solicitud del acceso al SAAD hasta el momento de reconocimiento del derecho a la prestación[147]. No solo este periodo puede presentar importantes variaciones entre comunidades autónomas, sino también el periodo que se abre desde que se reconoce el derecho a la prestación, o se recibe la PIA, hasta que se realiza la provisión efectiva del servicio público. La limitación en la oferta de plazas

[146] La regulación específica las incompatibilidades que surgen entre servicios del SAAD y prestaciones económicas. No obstante, el acceso a prestaciones económicas públicas de dependencia es excepcional, las comunidades autónomas conceden prioridad al acceso a servicios de dependencia.

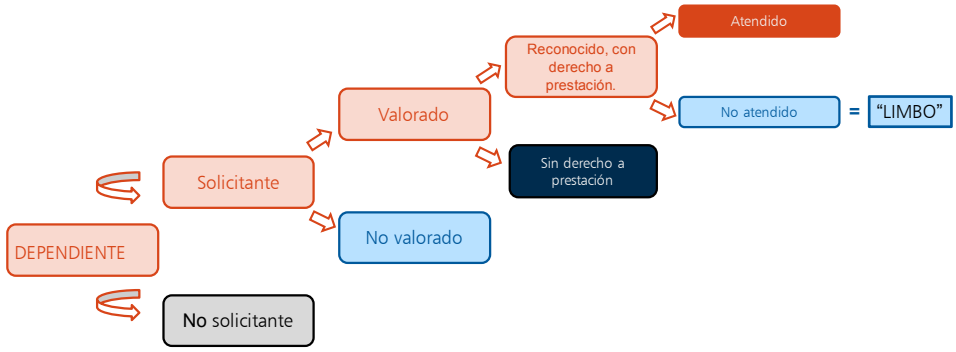
[147] No obstante, la normativa establece un plazo máximo de seis meses.

residenciales o recursos públicos, son los que justifican principalmente estos retrasos.

El esquema 3.1. refleja las distintas situaciones en las que se puede encontrar un dependiente en relación al SAAD, quedando de manifiesto que el proceso hasta la concesión efectiva de la prestación (servicio o prestación económica) se puede dilatar significativamente en el tiempo. Aunque no se dispone de información oficial sobre los plazos medios que transcurren en las distintas comunidades autónomas entre una situación y la sucesiva, el porcentaje de solicitantes a la espera de ser valorados, o de reconocidos a la espera de ser atendidos (denominado en el sector "tasa de limbo"), ponen de manifiesto las dificultades que persisten en el acceso al sistema.

ESQUEMA 3.1.

SITUACIONES DE LOS DEPENDIENTES EN RELACIÓN AL PROCESO DE PRESTACIÓN EFECTIVA DE SERVICIOS O TRANSFERENCIAS DEL SAAD



Fuente: Elaboración propia.

Como puede advertirse en el esquema 3.1., a diciembre de 2018 más de un siete por ciento de los solicitantes de SAAD a dicha fecha todavía no habían sido valorados, registrando las mejores tasas el País Vasco, Galicia y Madrid, con casi el 100%, mientras en Canarias, más del 26% estaba a la espera de ser valorado. Sin embargo, la tasa más significativa que alerta de las dificultades del sistema es la tasa de limbo, que refleja el porcentaje de personas a las que les ha sido reconocido el derecho a la prestación pero que siguen pendientes de ser atendidos. La media se sitúa en el 19,2% de los dependientes reconocidos, pero el abanico entre comunidades se encuentra entre el 29,3% de Canarias y el 1,6% de Castilla y León, reflejando una situación muy dispar con relación a la implantación del sistema y su capacidad para hacer frente a la demanda.

CUADRO 3.9.

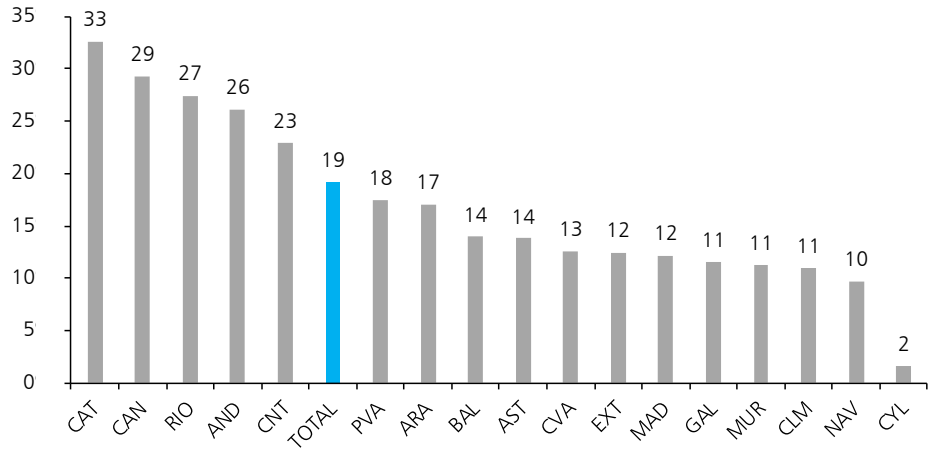
SITUACIONES DE LOS DEPENDIENTES CON RELACIÓN AL PROCESO DE PRESTACIÓN EFECTIVA DE SERVICIOS O TRANSFERENCIAS DEL SAAD

31/12/2018	*Solicitudes*	*Valorados*	*% valorados sobre solicitud*	*Personas con derecho*	*% personas con derecho sobre valorados*	*Atendidos*	*% atendidos s/ personas con derecho*	*Tasa de limbo 31/12/2012*	*% atendidos s/ solicitudes*
Andalucía	388.646	354.473	91,2	287.340	81,1	212.243	73,9	26,1	54,6
Aragón	49.707	42.117	84,7	35.146	83,4	29.146	82,9	17,1	58,6
Asturias	38.844	33.668	86,7	25.573	76,0	22.049	86,2	13,8	56,8
Baleares	27.993	25.370	90,6	20.139	79,4	17.328	86,0	14,0	61,9
Canarias	48.834	35.850	73,4	30.594	85,3	21.638	70,7	29,3	44,3
Cantabria	24.752	24.151	97,6	20.401	84,5	15.734	77,1	22,9	63,6
Castilla y León	129.374	120.362	93,0	94.845	78,8	93.374	98,4	1,6	72,2
Castilla-La Mancha	86.579	81.735	94,4	64.964	79,5	57.838	89,0	11,0	66,8
Cataluña	318.602	292.526	91,8	230.178	78,7	155.037	67,4	32,6	48,7
C. Valenciana	116.879	102.144	87,4	85.031	83,2	74.354	87,4	12,6	63,6
Extremadura	54.680	46.533	85,1	33.341	71,7	29.189	87,5	12,5	53,4
Galicia	80.184	79.727	99,4	67.903	85,2	60.099	88,5	11,5	75,0
Madrid	215.222	215.050	99,9	161.368	75,0	141.699	87,8	12,2	65,8
Murcia	44.249	43.671	98,7	39.429	90,3	34.999	88,8	11,2	79,1
Navarra	20.012	19.559	97,7	15.133	77,4	13.668	90,3	9,7	68,3
País Vasco	102.813	102.231	99,4	78.811	77,1	65.017	82,5	17,5	63,2
La Rioja	15.257	15.250	100,0	11.167	73,2	8.100	72,5	27,5	53,1
Total*	1.762.627	1.634.417	92,7	1.301.363	79,6	1.051.512	80,8	19,2	59,7

Fuente: Asociación de Gestores y Directores Sociales y elaboración propia.

GRÁFICO 3.27.

TASA DE LIMBO POR COMUNIDAD AUTÓNOMAS 31/12/2018 (PORCENTAJE DEPENDIENTES CON DERECHO A PRESTACIÓN NO ATENDIDOS SOBRE TOTAL CON DERECHO)



Fuente: Asociación de Gestores y Directores Sociales.

Otra información clave para la elaboración de las proyecciones de gasto en dependencia es la disponibilidad del gasto público certificado por dicho concepto y las aportaciones realizadas por los distintos "cofinanciadores": comunidades autónomas, AGE y los propios dependientes a través del copago.

El nivel mínimo de protección es financiado por la AGE para cada uno de los beneficiarios en función del grado de dependencia y prestación reconocida. Los recursos económicos estatales aportados se fijan anualmente en la Ley de Presupuestos Generales del Estado[148]. La posibilidad de incrementar este nivel mínimo a través de un nivel acordado mediante convenios con las comunidades autónomas permanece suspendida desde 2012. Las comunidades autónomas deben aportar al menos una cantidad igual a la de la AGE en todo el territorio. También pueden establecer un nivel adicional de protección, con cargo a sus presupuestos, siempre que dispongan de fondos para hacerlo.

[148] El Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de julio reguló, en sus disposiciones transitorias, las cuantías máximas de las prestaciones económicas correspondientes al nivel mínimo de protección y redujo las cuantías máximas de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. El objetivo de la norma era garantizar ahorros inmediatos en el gasto público.

La tercera vía de financiación del sistema la constituyen las personas beneficiarias de las prestaciones de dependencia, que participan en la financiación de las mismas en función del tipo y coste del servicio y de la capacidad económica personal[149].

Sin embargo, el SISAAD todavía no aporta datos al respecto. Ante la ausencia de información oficial por parte del sistema, la Asociación de Directoras y

CUADRO 3.10.

TASAS DE VARIACIÓN ANUALES EN SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA: REGISTRADA VS ESTIMADA CON EL ENFOQUE DEMOGRÁFICO (2015-2017) VS. PROYECTADA (2018-2030)

		Aportación CA		*Copago*		*AGE*			
2018	*Coste global estimado SAAD*	*% total*	*mill €*	*% total*	*mill €*	*% total*	*mill €*	*Gasto público por atendido 31/12/2018*	*Gasto público autonómico por atendido*
Andalucía	1.402,96	62	870	20	286,20	17,6	246,92	5.261,68	4.098,29
Aragón	206,46	67	139	15	31,79	17,4	36,01	5.992,72	4.760,17
Asturias	173,22	67	116	16	28,41	16,5	28,58	6.567,88	5.271,59
Baleares	123,91	68	84	14	17,72	18,2	22,55	6.128,51	4.827,00
Canarias	177,07	67	119	16	29,04	16,5	29,22	6.841,17	5.490,94
Cantabria	163,74	73	120	16	26,53	10,8	17,68	8.720,99	7.597,05
Castilla y León	685,15	61	418	19	130,18	20,0	137,03	5.943,57	4.476,02
Castilla-La Mancha	498,89	67	332	20	98,28	13,8	68,85	6.926,33	5.736,01
Cataluña	1.430,38	68	968	19	273,20	13,2	188,81	7.463,89	6.246,05
C. Valenciana	583,27	74	434	11	64,16	14,6	85,16	6.981,57	5.836,28
Extremadura	209,55	62	131	18	19,90	19,9	58,89	6.497,24	4.479,70
Galicia	454,23	62	282	18	81,31	20,1	91,30	6.205,10	4.685,94
Madrid	1.200,75	63	760	20	242,55	16,5	198,12	6.762,23	5.364,02
Murcia	201,73	72	144	13	26,23	15,5	31,27	5.014,68	4.121,26
Navarra	100,31	72	72	13	13,34	14,7	14,75	6.363,24	5.284,36
País Vasco	637,70	72	457	17	107,04	11,6	74,07	8.161,86	7.022,68
La Rioja	72,04	66	47	20	14,34	14,4	10,37	7.123,69	5.843,02
España (sin comunidades autónomas)	8.321,37	66	5.492	18	1.490,22	16,4	1.339,49	6.496,51	5.222,63

Fuente: XIX Dictamen del Observatorio de Dependencia. Asociación de Gestores y Directores Sociales y elaboración propia.

[149] La regulación efectiva del copago varía significativamente entre comunidades autónomas. Por ejemplo, las aportaciones en las prestaciones de servicios residenciales pueden variar desde el 70% de la capacidad económica personal –que no siempre se mide de forma equivalente en todas las comunidades autónomas– hasta el 90% del coste del servicio, como límite. Sin embargo, no hay datos oficiales de los distintos copagos aplicados en las comunidades autónomas (y Diputaciones Forales, que son las competentes en el País Vasco).

Gerentes de Servicios Sociales, en sus dictámenes anuales, publica cifras clave sobre el coste estimado del SAAD y la financiación pública a partir del contacto directo con las comunidades autónomas y la petición expresa de información a cada una de ellas.

Tomando como punto de partida los datos que se deducen del último dictamen del Observatorio de la Dependencia dependiente de la citada asociación (2019), se deduce una fuerte heterogeneidad en el gasto público promedio neto por dependiente atendido realizado por cada una de las comunidades autónomas (descontando el copago aplicado en cada caso y la aportación de la AGE).

Como puede apreciarse en el cuadro 3.10. el gasto autonómico incurrido por dependiente atendido presenta una alta variabilidad, registrándose una diferencia de casi 3.500 euros entre el máximo y el mínimo para 2018. En media –sin tener en cuenta las ciudades autónomas– el gasto autonómico por dependiente atendido se sitúa en 5.222 euros. Por este motivo, en la elaboración de las proyecciones se aplicará el gasto promedio resultante para cada una de ellas.

Esta heterogeneidad en los niveles de gasto se enmarca en un fenómeno generalizado de contracción del nivel de gasto público por atendido[150] –también de distinta intensidad– que se ha contenido en los últimos ejercicios.

Estas diferencias, tanto en el gasto autonómico neto como en los copagos, se explican por la amplia autonomía normativa de la que disponen las comunidades autónomas para regular múltiples aspectos del sistema, desde la concreción del catálogo de servicios –a partir de las disposiciones generales del Estado–, a la configuración de las aportaciones económicas ("copagos") que deben realizar los beneficiarios. En este sentido, el propio Tribunal de Cuentas (TC) ha reconocido que el régimen jurídico aplicable a la protección de las situaciones de dependencia está conformado por *"una profusa normativa legal y reglamentaria tanto de carácter estatal como autonómico".* En el mismo informe, el TC subraya que *"el desarrollo de la Ley de dependencia por cada una de las Administraciones implicadas en su aplicación, atendiendo al reparto competencial existente, ha producido una excesiva dispersión normativa, muchas veces solapada con la normativa de los servicios sociales preexistente, que no se compadece con los principios de universalidad, igualdad y transparencia que conforman el sistema".*

[150] En este caso, se han tomado los datos directamente ofrecidos por comunidad autónoma en el XIX Dictamen del Observatorio de Dependencia. *A priori,* el gasto público facilitado incluye el financiado por todos los cofinanciadores.

Sobre la diversidad y heterogeneidad en la implantación del sistema, también se pronunció el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia en su evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 justificando que *"la compleja situación alcanzada se explica por la precipitación de la normativa desarrollada, la falta de contrastes y evaluaciones y la aprobación de normativa de desarrollo para dar respuestas puntuales a las disfunciones observadas"*.

A su vez el Estado, más allá de la paralización del sistema que supuso la aprobación Real Decreto- Ley 20/2012, de 13 de julio[151], ha tratado de unificar la normativa y establecer algunos criterios comunes. No obstante, este intento fue claramente insuficiente puesto que el desarrollo autonómico ha seguido siendo disperso y ambivalente en función de los intereses de cada comunidad autónoma.

Subyace al análisis que la mejor opción para la elaboración de las proyecciones sería contar con un gasto promedio por atendido en función del grado de discapacidad. Sin embargo, esta información no está disponible directamente ni a través de otras variables. Para su construcción, sería crucial contar con el detalle de gastos y atendidos en cada comunidad por grado de discapacidad, como principal punto de partida, pero las fuentes de información disponibles no están facilitando esta información, salvo la ADGSS en términos globales.

Estos precedentes justifican un abordaje singular en la metodología para realizar proyecciones del gasto autonómico en dependencia para el periodo 2018-2030 basado en dos premisas fundamentales:

- La desigual implantación del SAAD en las distintas comunidades autónomas, tanto en perspectiva histórica, como en la cobertura final conseguida en cada caso.

- La constatada infradotación pública del sistema, que ni ha alcanzado los objetivos previstos con la normativa de creación, ni tampoco está cubriendo de forma efectiva la demanda creciente de servicios, resultando un fenómeno general la existencia de importantes listas de espera desde el reconocimiento de la dependencia hasta la concesión efectiva del servicio o prestación.

[151] Dirigida a reducir las cuantías máximas de las prestaciones económicas previstas, la aportación a través del nivel mínimo de financiación y la suspensión del nivel acordado con objeto de facilitar ahorros para garantizar la consolidación presupuestaria.

3.4.2. *Metodología* ad hoc *para la elaboración de proyecciones de gasto público en dependencia de las comunidades autónomas bajo un escenario básico (continuidad en el ritmo de implantación del SAAD)*

A consecuencia de la situación descrita, la elaboración de las proyecciones se basará en dos posibles escenarios:

1. Escenario básico: continuidad del alcance desarrollado hasta el momento en cada una de las comunidades autónomas. Se trata del escenario más conservador en el que las comunidades mantendrían el alcance y cobertura desarrollada hasta el momento por cada una de ellas, sin promover la aplicación de recursos adicionales al sistema (manteniéndose a su vez el nivel mínimo y la suspensión del nivel acordado con el Estado). Cada comunidad mantendría su respectiva ratio de atendidos sobre personas con derecho reconocido.

2. Escenario de adecuación de la oferta pública a la demanda. Este escenario se basa en estimar la demanda de los servicios de apoyo a la dependencia y los recursos que serían precisos para su prestación efectiva a través de las administraciones públicas, ya sea de forma directa o indirecta (p.ej. concertando plazas en residencias de propiedad privada como ya se viene realizando)

Una diferencia relevante con respecto a la metodología que hemos aplicado en sanidad y educación, es que no se fundamenta en una curva de gasto per cápita por rango de edad y género. Dado que el coste de la dependencia no varía con la edad ni el género, sino con el grado, se asignará el mismo coste neto[152] por atendido en función del número de atendidos que se proyectan para cada rango de edad[153].

Las claves del escenario base que planteamos son las siguientes:

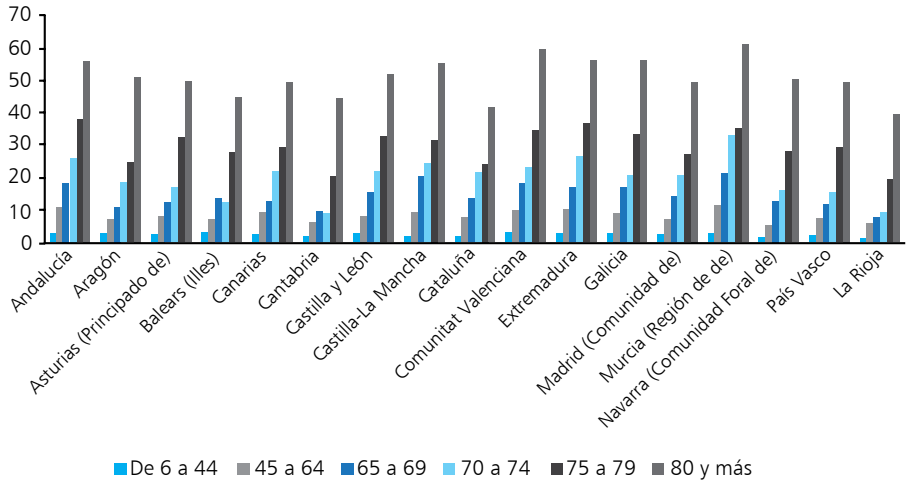
1. La prevalencia de la dependencia es diferente, no solamente por rango de edad y género, sino también entre comunidades autónomas. Se utiliza como referencia la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAPSD)* de 2008. Dado que la encuesta no ha sido actualizada todavía, se aplica la hipótesis de que la prevalencia de la dependencia no ha cambiado con el tiempo.

[152] Financiado con recursos de la comunidad autónoma (ni transferencia AGE, ni copago).

[153] Idealmente, debería disponerse de la prevalencia de cada grado de dependencia por rango de edad y género y un gasto específico por cada uno de dichos grados para cada comunidad autónoma, información de momento no disponible.

GRÁFICO 3.28.

PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA POR RANGO DE EDAD POR COMUNIDAD AUTÓNOMA



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAPSD) de 2008.

2. Cada comunidad autónoma va a seguir prestando los servicios (y prestaciones económicas) del SAAD al mismo ritmo que ha registrado en 2018. La ratio que más se aproxima a dicho grado de implantación es el de las personas atendidas sobre solicitantes. Se realiza un ajuste en 2018 para que los dependientes identificados por cada tramo de edad se ajuste finalmente a los beneficiarios atendidos en dicho ejercicio. Esa tasa de ajuste se aplicará en los años sucesivos como porcentaje de atendidos sobre solicitudes esperadas[154].

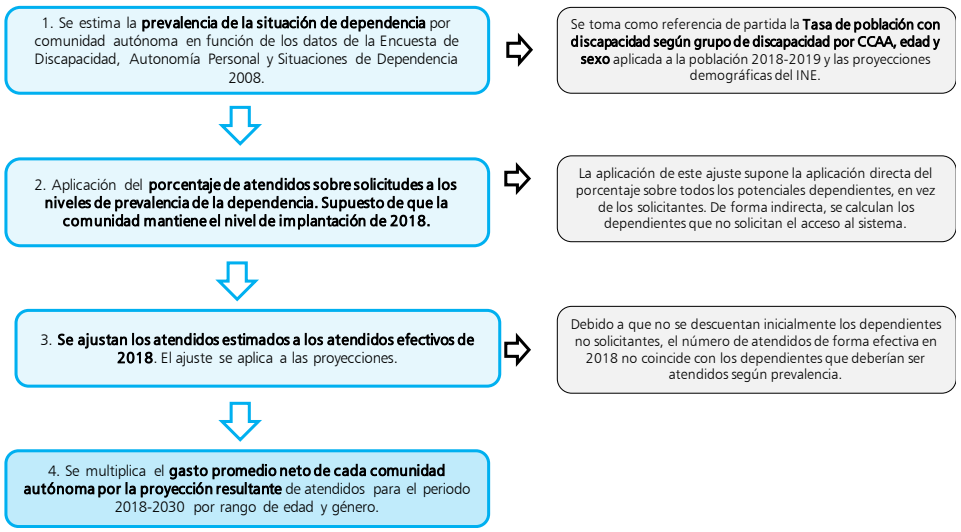
3. Se calcula un coeficiente de ajuste a los atendidos oficiales de 2018. Dicho porcentaje de ajuste se aplica a todas las proyecciones de atendidos estimados para 2018-2030. Esta operación impone el supuesto de que los no solicitantes no encuentran mayores incentivos para intentar acceder al sistema.

4. Aplicación del gasto promedio por atendido para cada comunidad autónoma estimado para 2018 con una evolución del IPC previsto para el periodo de referencia.

[154] Dado que no disponemos de datos directos sobre cuántos de los dependientes potenciales se decidirían a solicitar el acceso al sistema, aplicaremos sobre los dependientes potenciales que se deducen de la *EDAPSD* la ratio de atendidos sobre solicitantes. Como el número de atendidos estimados para 2018 supera los registrados oficialmente en el mismo año se aplica el ajuste propuesto. De forma indirecta, podrán estimarse cuantos dependientes potenciales deciden no optar por solicitar las ayudas.

GRÁFICO 3.29.

METODOLOGÍA *AD HOC* APLICADA PARA EL ESCENARIO BASE DE CONTINUIDAD DEL NIVEL DE IMPLANTACIÓN DEL SAAD



3.4.3. Estimación de la proyección de gasto en dependencia: resultados del escenario base

El escenario base consistía en la aplicación de un enfoque estrictamente demográfico[155], bajo unas probabilidades de dependencia que se mantienen constantes con respecto a 2008 y el supuesto de continuidad en los ritmos de implantación del SAAD en cada comunidad autónoma. Bajo este escenario especialmente conservador, los resultados obtenidos arrojan unas curvas de evolución prevista por comunidad autónoma que contrastan con las resultantes en los servicios previamente analizados por una tendencia de crecimiento mucho más significativa.

La tasa mínima de crecimiento proyectada con respecto a 2018 corresponde a la Comunidad de Castilla y León, con un 5% de incremento, y el máximo se sitúa en la de Canarias, con un 33% con respecto al valor de 2018. La media nacional se sitúa en el 17%, constatándose una presión demográfica sobre este gasto social, en un escenario de continuidad del ritmo de implantación del SAAD y precios constantes, muy similar a la ejercida en el gasto sanitario, y muy por encima de la ejercida sobre el gasto educativo –que en la enseñanza obliga-

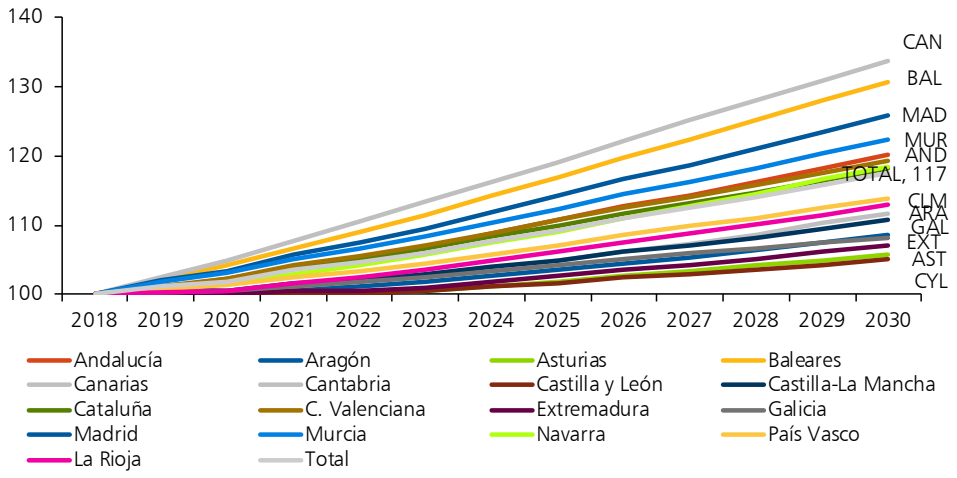
[155] Como en los servicios anteriores, se aplican las proyecciones demográficas del INE para 2018-2030, bajo supuesto de resto de factores constantes.

toria mayoritariamente registra una tendencia decreciente. La brecha advertida entre los incrementos previstos es similar también a la prevista en gasto sanitario, aunque tanto el máximo como el mínimo son ligeramente superiores.

Otro aspecto relevante de los resultados es que la presión es superior en las regiones más dinámicas: Canarias, Baleares y Madrid. Recordemos que, si bien la estructura demográfica no sufre un proceso de envejecimiento tan intenso como Castilla y León o Asturias, se espera que su población mayor –con rango de edad superior a 65 años y en particular, la mayor de 80 años– crezca a ratios superiores al 40% (ver cuadro 3.1.), y en el caso de Madrid a tasas muy próximas.

GRÁFICO 3.30.

EVOLUCIÓN ESTIMADA DEL GASTO PÚBLICO AUTONÓMICO NETO EN DEPENDENCIA



Fuentes: Elaboración propia a partir de la ADGSS, *Encuesta de Discapacidad 2008, Proyecciones demográficas* INE.

3.4.4. Escenarios complementarios del coste del SAAD: hacia la plena implantación

3.4.4.1. Estimaciones sobre el coste de la implantación plena del SAAD

El principal trabajo de referencia en relación con el impacto presupuestario del SAAD hasta el momento, y el previsto en el corto plazo, lo constituye el *Bloque II del Análisis y Evaluación de la Financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Costes y Financiación del Sistema,* elaborado en 2017 por la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia.

El objetivo de estudio se centró en conocer el coste efectivo de la dependencia y sus mecanismos de financiación hasta la fecha para evaluar su adecuación a las necesidades de las prestaciones asociadas a la dependencia con vistas a la revisión del modelo de financiación autonómica. El análisis de la Comisión se refiere al periodo a partir de 2012 y distingue tres etapas clave en la estimación del coste total:

1. Detalle de las prestaciones reconocidas por las CC.AA. en cada ejercicio por tipología.

2. Asignación de un coste medio a los distintos servicios.

3. Asignación de cuantía media de las distintas prestaciones económicas.

Siguiendo estas fases, el coste del sistema se calcula como una combinación del número de prestaciones por tipología en las cuantías y costes medios asignados, junto con un incremento porcentual de otro tipo de gastos relacionados. En total, se tuvieron en cuenta 748 escenarios distintos para su estimación.

a. Estimación de coste medio de los servicios. En este caso, se incluyeron cuatro escenarios según los servicios identificados (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día o noche y atención Residencial) y tres fuentes distintas de información para asignar un coste medio por cada una de ellas:

   - Fuentes del sector (a través de una petición del IMSERSO a representantes de empresas del sector).

   - Datos del Informe de la Unidad de Mayores del IMSERSO (2012).

   - La media de los datos recabados por el IMSERSO de las CC.AA. con la finalidad de elaborar una propuesta de indicadores de coste.

CUADRO 3.11.

SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES. PRECIO PÚBLICO. 31/12/2012*

2018	*Teleasistencia €/año/usuaria*	*SAD €/hora/usuaria*	*Centros de Día €/ año/usuaria*	*SAT Residencial €/ año/usuario*
Andalucía	216,00	13,00	10.460,90	17.892,30
Aragón	287,25	14,44	6.256,80	17.808,00
Asturias	274,00	13,27	9.684,00	16.968,00
Baleares	307,13	19,56	11.616,00	20.839,00
Canarias	220,00	12,00	12.321,00	16.330,00
Cantabria	575,31	15,73	8.217,00	16.790,00

CUADRO 3.11. *(continuación)*

SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES. PRECIO PÚBLICO. 31/12/2012*

2018	*Teleasistencia €/año/usuaria*	*SAD €/hora/usuaria*	*Centros de Día €/año/usuaria*	*SAT Residencial €/año/usuario*
Castilla y León	203,76	13,27	6.279,00	16.836,00
Castilla-La Mancha	189,00	14,86	5.694,08	15.861,22
Cataluña	287,25	16,25	10.241,88	22.432,92
C. Valenciana	242,79	14,33	9.996,00	20.232,00
Extremadura	264,00	6,18	6.100,00	18.451,00
Galicia	234,00	12,14	9.574,00	17.998,15
Madrid	249,87	18,07	7.723,44	21.490,44
Murcia	239,43	10,55	8.400,00	19.200,00
Navarra	97,36	10,93	11.833,19	19.594,31
País Vasco	203,61	9,39	7.498,63	17.654,50
La Rioja	470,71	13,03	7.459,20	11.409,78
Ceuta	216,96	14,88	2.415,48	16.268,78
Melilla	243,00	20,38	10.800,00	17.085,65
España	264,29	13,80	8.556,35	17.954,84

Nota: * Se refiere a precio público de plazas concertadas de personas mayores. No se tiene en cuenta plazas gestionadas por entidades públicas, ni las relativas a plazas de atención a personas con discapacidad.

CUADRO 3.12.

COSTES REPRESENTATIVOS POR SERVICIOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN. 31/12/2012

	Teleasistencia (€/ mes)	*SAD (€/ hora)*	*Centros de día / noche (€/mes)*			*Atención residencial*					
			Mayores		*Personas con discapacidad*	*Mayores*		*Personas con discapacidad*		*Necesidades especiales*	
			Pública	*Concertada*	*Públicas*	*Públicas*	*Concertada*	*Públicas*	*Concertada*	*Públicas*	*Concertada*
				735			1.500		2.000		2.700
Sector			735			1.500		2.000		2.700	
	23,47	15,21	735					2.066,67			
Costes informes S.S. mayores	22,03	13,80	713					1.496,24			
Coste media datos recibidos CC.AA.											
	16,50	17,05	1.159,00					2.420			
Coste medio	20,67	15,35	869,00					1.994,30			

A través de una ponderación adecuada a los ratios publicados la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia obtuvo un indicador de coste representativo de cada servicio.

b. Cuantía media de prestaciones

La legislación vigente tiene en cuenta el nivel de renta, y el grado y el nivel de dependencia. Como principales referencias se fijaron las cuantías máximas establecidas por la normativa vigente. Por este motivo, se aplicaron también fórmulas relativas a la aportación de la persona beneficiaria recogida en el Acuerdo de Mejora del SAAD para determinar la cuantía concreta de cada prestación. Ello exigió tener en cuenta 31 tramos de renta para realizar la estimación (según eSTADISS de la Seguridad Social) con el objetivo de reflejar al máximo la realidad social y económica de los beneficiarios.

En total se han utilizado 744 escenarios (31 por renta * (5 grados y niveles de dependencia +3 grados sin nivel) * 3 categorías de prestación).

CUADRO 3.13.

CUANTÍA MEDIA DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS (EUROS/MES)

	PE vinculada al servicio	*PE cuidados en entorno familiar*	*PE asistencia personal*
Cuantía media prestaciones	508,77	319,64	494,57

La estimación presenta limitaciones:

a) la distribución de la renta de la población dependiente no es la misma que la general (sesgada hacia rentas más bajas),

b) no todas las CC.AA. utilizan los criterios de 2012 para calcular la capacidad económica ni la cuantía de las prestaciones.

Con los datos disponibles de prestaciones por tipología para los distintos años, y los costes medios calculados se han realizado algunas estimaciones como los correspondientes a Prada y Borge (2013, 2014), que cifran el coste en 2013 en 6.509 millones de euros y 7.051 millones en 2014 –alineadas en gran medida con otros estudios–.

En cualquier caso, las cifras ofrecidas en el cuadro 3.12. no son homogéneas. Los certificados de justificación de gasto de las comunidades autónomas

no computan el coste total del sistema y no siempre se incluyen las aportaciones de los usuarios. De una proyección basada en una tasa constante de variación interanual hasta 2018, a partir de la media anual 2013-2015 y de la última registrada en 2015, nos resulta una horquilla de coste final cuyo promedio es coincidente con el dato de partida que hemos utilizado para nuestras estimaciones en el capítulo III, en torno a 8.320 millones de euros[156].

CUADRO 3.14.

COMPARATIVAS DE COSTE DE LA DEPENDENCIA SEGÚN FUENTES Y METODOLOGÍAS

Años	*Fuentes*	*Coste de atención a la dependencia (mill €)*	*v.i.a. (% s/ misma fuente)*
2012	IMSERSO	6.895	
	Certificados CC.AA.	6.889	
	Directores y Gestores Sociales	6.566	
	Prada y Borge	6.509	
2013	IMSERSO	6.848	-0,7
	Certificados CC.AA.	6.808	-1,2
	Directores y Gestores Sociales	6.363	-3,1
	Prada y Borge	7.052	
2014	IMSERSO	7.089	3,5
	Certificados CC.AA.	6.636	-2,5
	Directores y gestores sociales	6.357	-0,1
2015	IMSERSO	7.449	5,1
	Certificados CC.AA.	7.153	7,8
	Directores y gestores sociales	6.598	3,8
	v.i. anual 2015/2013		2,5

La propia Comisión de Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia reconoce que las cantidades certificadas por las comunidades autónomas incluyen a veces el copago de los usuarios ya que estas aplican distintos tratamientos presupuestarios a estas aportaciones económicas de los usuarios, dificultando una vez más el cálculo exacto del coste neto que representa para la Administración autonómica. La Comisión asigna como porcentaje promedio de participación en el coste de los usuarios el 20%. En consecuencia, si suponemos que estuviera íntegramente incluido en el gasto justificado, el coste neto autonómico hubiera representado 5.722 millones de euros en 2015. Las estimaciones que hemos tomado como punto de partida para realizar el escenario base para 2018 asignan 5.492 millones de euros como aportación neta autonómica[157]

[156] Dato recogido del XIX Dictamen del Observatorio de Dependencia. Asociación de Gestores y Directores Sociales (ver cuadro 3.4.2).

[157] Los datos aportados por el XIX Dictamen recurren a una distribución porcentual similar de la financiación por parte de los usuarios, estimada en 1.395 millones de euros al copago en 2018, algo inferior a los 1.430 millones estimados para 2015 por la Comisión para el análisis de la situación del sistema de dependencia.

–en línea con el cálculo realizado por otras fuentes, que corrobora el estancamiento de las aportaciones–.

La Comisión de Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia aplica la misma metodología para calcular el coste entre 2012-2015 y, actualizando los indicadores de referencia, obtiene una cifra que se eleva a 7.986 millones de euros en 2016 y 8.626 millones para 2017, con una proyección de 922.050 beneficiarios con prestación efectiva.

Impacto de la eliminación de las listas de espera

El informe calcula el coste que supondría la eliminación de la lista de espera tanto en 2016 como en 2017. La lista de espera de beneficiarios pendientes de recibir prestación por grado a 31/12/2016 asciende a un total de 348.309. El importe que correspondería a la AGE en concepto de nivel mínimo por cada grado sería de 291,32 millones de euros, mientras que el incremento del coste total supondría 2.291 millones de euros, alcanzando un coste total del SAAD de 10.277 millones de euros.

La estimación del coste adicional de eliminar la lista de espera para 2017 basándose en proyecciones de beneficiarios con prestación efectiva y su correlación con el coste histórico del sistema, ascendería a 2.238 millones de euros.

CUADRO 3.15.

ESTIMACIÓN DE LA COMISIÓN DE ANÁLISIS DE COSTE TOTAL Y ADICIONAL POR ELIMINAR LISTA DE ESPERA

	Coste total SAAD (mill €)	*Beneficiarios con prestación*	*Lista de espera*	*Coste adicional eliminar lista (mill €)*
2016	7.986	865.564	348.309	2.291
2017	8.626	922.050	239.155	2.238

Estimaciones de la memoria económica de la Ley y proyecciones para 2018-2020 de la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia

La memoria económica anticipaba un coste del SAAD en 2015 de 9.355 millones de euros, unos 2.700 millones de euros adicionales al coste efectivamente realizado que se ha estimado, con independencia del financiador. El número de personas dependientes que preveía la Memoria económica para dicho año ascendía a 1.373.248, suponiendo que todos los reconocidos recibieran prestación. En contraste, las personas efectivamente atendidos en 2015

ascendieron a 796.109[158] con una lista de espera de ese año se sitúo en 384.326 personas[159]. Por tanto, las previsiones sobreestimaron el grado de implantación en 2015 en la medida que:

a) La suma de atendidos y limbo en 2015 se queda todavía por debajo de la previsión de reconocidos para ese año recogida en la memoria (un 86%).

b) Suponiendo que no hubiera habido limbo en 2015, el coste de su eliminación se situaba en torno a los 2.291 millones de euros y que el coste real aproximado ha sido en ese ejercicio de 6.607 millones de euros, la previsión económica supuso una sobre estimación de unos 500 millones de euros[160].

Se incluyen a continuación los datos estimados de coste final del SAAD hasta 2018 a través del gasto certificado por las comunidades autónomas (coste total y neto autonómico) y las desviaciones que se han apreciado con la previsión contenida en la memoria económica de la Ley 39/2006 y con respecto a las proyecciones para 2018-2020 elaboradas por la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia. Como puede observarse las previsiones oficiales anticipaban un coste algo superior al efectivamente realizado, y sitúan el escenario de coste en 2020 en 11.339 millones de euros, incluidos todos los financiadores, de los que 7.171 millones corresponderían en términos netos a los presupuestos autonómicos. Esta previsión para 2020, según la información aportada por la Comisión, se realizó a partir del coste del sstema en 2017, una estimación del incremento de número de beneficiarios y su perfil, una paulatina reducción de la lista de espera, y con una aportación media de un 20% del total por parte de los beneficiarios[161].

El gráfico 3.3. incorpora la evolución tanto de las proyecciones iniciales reflejadas en la Memoria Económica, como el coste observado[162] hasta 2018 y las previsiones realizadas por la Comisión de Análisis. Los datos previstos en la memoria económica sobre coste público y total requieren algunas observaciones. Como se ha advertido antes, en 2015 estaba prevista la implantación definitiva del sistema, y el importe de coste de los 9.355 millones de euros

[158] El 66% de los beneficiarios que se habían proyectado adicionalmente.

[159] Unos 1.180.435 en total (atendidos más lista de espera), quedándose aún por debajo de la previsión de la Memoria.

[160] Bajo supuesto de que se hubiera habido limbo. También hay que tener en cuenta, que el Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de supuso un importante impacto a la baja del importe de prestaciones económicas promedio, tanto de servicios como económicas.

[161] No obstante, no aportan las proyecciones entre 2018-2020 sobre el número de beneficiarios con prestación.

[162] Estimado, al no haber información oficial al respecto.

incluía nuevos recursos públicos por un importe de 4.426 millones, así como la estimación del "coste actual de los servicios para las Administraciones Públicas", en torno a 1.776 millones de euros. La nueva financiación presupuestaria proyectada, materializada en servicios, prestaciones y ayudas, ascendería a 4.426 millones de euros en 2015, de los cuáles la intención era que la mitad fuera aportada por la AGE.

CUADRO 3.16.

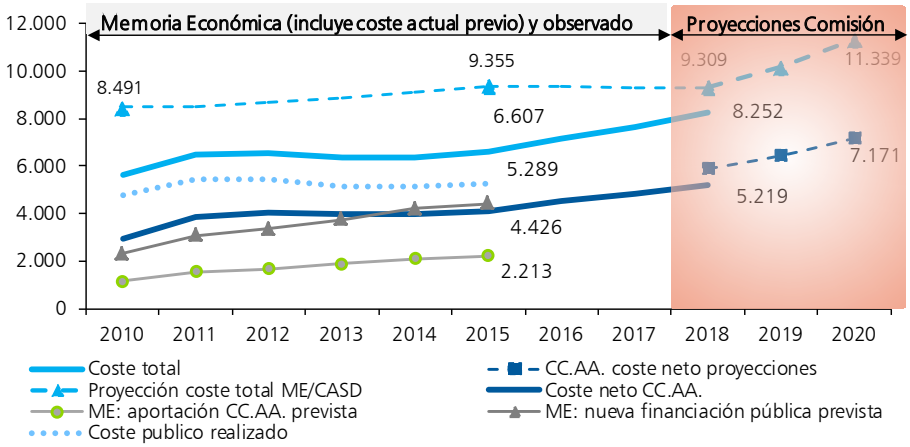
DESGLOSE DE LA PREVISIÓN PARA 2015 DE LA MEMORIA ECONÓMICA

Coaste total del sistema 2015	9.355,49
Coste nuevo para AA.PP.	4.426,00
Coste beneficiario	3.152,75
	34%
Coste actual sistema AA.PP.	1.776,94

La Comisión de Análisis de la Situación de la Dependencia actualiza las previsiones a partir de 2018 tomando como punto de partida la realidad de la implantación del sistema. Como puede apreciarse, el coste neto autonómico en 2018 se habría quedado por debajo del previsto en unos 500 millones de euros.

GRÁFICO 3.31.

COSTE TOTAL Y NETO AUTONÓMICO DEL SAAD, PROYECCIONES DE LA MEMORIA ECONÓMICA Y DE LA COMISIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA Y PREVISIONES 2018-2020

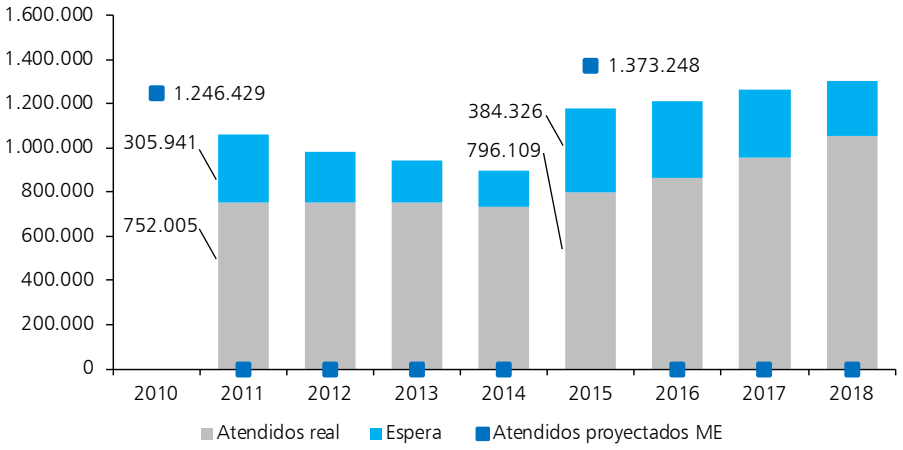


Por último, el gráfico 3.31. permite visualizar las desviaciones al alza de las proyecciones de atendidos contenidas en la memoria económica, incluso si se adiciona a los atendidos efectivos, la lista de pendientes de prestación.

Estas previsiones facilitan un marco de referencia para el escenario base que hemos definido en el capítulo 2 (continuidad en el ritmo de implantación) y en la elaboración de distintos escenarios complementarios que gradúen una mayor implantación del sistema más acorde con las necesidades advertidas.

GRÁFICO 3.32.

BENEFICIARIOS ATENDIDOS Y LISTA DE ESPERA ENTRE 2011 Y 2018 Y PROYECCIONES DE ATENDIDOS CONTENIDAS EN LA MEMORIA ECONÓMICA



Fuentes: Memoria económica de la Ley 39/2006, Observatorio de la Ley 39/2006 y elaboración propia.

3.4.4.2. Proyecciones del gasto en dependencia para un escenario complementario de eliminación de la tasa de limbo en 2020

La elaboración del escenario complementario para las proyecciones de gasto en dependencia propone la eliminación de la tasa de limbo entre 2018 y 2020 en todas las comunidades autónomas[163]. No obstante, este objetivo supondría la asunción de factores diferenciales relevantes entre las mismas, que implicaría esfuerzos presupuestarios distintos:

1. La amplia heterogeneidad que se ha apreciado en la gestión del sistema por parte de las comunidades autónomas: distintos ritmos en los

[163] Como se aprecia en el cuadro 4.3.8. la tasa de variación de los efectivos en 2019 está siendo muy significativa revirtiendo en mejoras en algunos casos en el número de personas pendientes de prestación.

procesos de valoración o de gestión de las resoluciones de reconocimiento del derecho, han provocado la persistencia en algunos casos de porcentajes significativos de beneficiarios pendientes de prestación. Por lo tanto, los recursos económicos exigidos para la atención plena de los reconocidos con derecho a prestación, variaría sustantivamente entre, por ejemplo, Cataluña, Canarias y Andalucía con respecto a los requeridos para su eliminación en otras regiones como Castilla y León o Navarra.

CUADRO 3.17.

PRINCIPALES VARIABLES DE GESTIÓN DEL SAAD A 31/12/2018

	% atendidos s/ personas con derecho	*Tasa de limbo 31-12-2018*	*% atendidos sobre solicitudes*
Andalucía	79,3	26,1	54,6
Aragón	82,9	17,1	58,6
Asturias	86,2	13,8	56,8
Baleares	86,0	14,0	61,9
Canarias	70,7	29,3	44,3
Cantabria	77,1	22,9	63,6
Castilla y León	98,4	1,6	72,2
Castilla-La Mancha	89,0	11,0	66,8
Cataluña	67,4	32,6	48,7
C. Valenciana	87,4	12,6	63,6
Extremadura	87,5	12,5	53,5
Galicia	88,5	11,5	75,0
Madrid	87,8	12,2	65,8
Murcia	88,8	11,2	79,1
Navarra	90,3	9,7	68,3
País Vasco	82,5	17,5	63,2
La Rioja	72,5	27,5	53,1
Total	80,8	19,2	59,7

Fuente: Asociación de Directores y Gestores de Servicios Sociales. Dictámenes anuales del Observatorio de la Ley 39/2006.

2. Además, vienen observándose importantes diferencias hasta septiembre de 2019 en los ritmos de evolución de tres variables clave: solicitudes, personas con derecho a prestación, atendidos efectivos e impacto sobre "limbo"[164]. No obstante, a partir de los últimos datos disponibles (septiembre 2019) se aprecia que en algunas comunidades se ha incrementado de forma relevante el número de atendidos efectivos, lo que ha repercutido a su vez sobre la tasa de limbo.

[164] Personas con derecho pendientes de prestación.

CUADRO 3.18.

SOLICITUDES, ATENDIDOS Y LIMBO A SEPTIEMBRE DE 2018 Y 2019. VARIACIONES INTERANUALES

	Número de solicitudes			*Atendidos*			*Reconocidos con derecho*			*Limbo*		
	2018	*2019 v.i.a.*		*2018*	*2019 v.i.a.*		*2018*	*2019*		*2018*	*2019 v.i.a.*	
Andalucía	388.687	398.010	*2,4%*	200.677	216.536	*7,9%*	286.086	290.504	*1,5%*	85.409	73.968	***-13,4%***
Aragón	48.835	50.570	*3,6%*	27.965	32.012	*14,5%*	34.147	38.400	*12,5%*	6.182	6.388	*3,3%*
Asturias	38.075	40.323	*5,9%*	21.887	21.324	*-2,6%*	25.719	26.423	*2,7%*	3.832	5.099	*33,1%*
Baleares	28.140	31.622	*12,4%*	17.901	20.431	*14,1%*	20.578	24.074	*17,0%*	2.677	3.643	*36,1%*
Canarias	48.550	50.545	*4,1%*	20.704	22.755	*9,9%*	30.170	31.617	*4,8%*	9.466	8.862	*-6,4%*
Cantabria	24.471	25.444	*4,0%*	15.648	16.631	*6,3%*	20.273	21.099	*4,1%*	4.625	4.468	*-3,4%*
Castilla y León	125.834	145.380	*15,5%*	89.875	104.397	*16,2%*	91.187	105.619	*15,8%*	1.312	1.222	*-6,9%*
Castilla-La Mancha	85.558	88.486	*3,4%*	55.695	60.840	*9,2%*	63.443	66.686	*5,1%*	7.748	5.846	***-24,5%***
Cataluña	314.138	331.323	*5,5%*	150.731	161.387	*7,1%*	224.899	235.827	*4,9%*	74.168	74.440	*0,4%*
C. Valenciana	112.841	139.466	*23,6%*	70.532	83.689	*18,7%*	81.037	98.496	*21,5%*	10.505	14.807	*41,0%*
Extremadura	55.093	56.136	*1,9%*	26.559	28.311	*6,6%*	33.847	34.634	*2,3%*	7.288	6.323	***-13,2%***
Galicia	79.997	80.420	*0,5%*	58.512	61.430	*5,0%*	67.351	69.305	*2,9%*	8.839	7.875	***-10,9%***
Madrid	214.918	219.463	*2,1%*	128.194	142.515	*11,2%*	157.123	164.417	*4,6%*	28.929	21.902	***-24,3%***
Murcia	44.000	47.648	*8,3%*	34.271	35.389	*3,3%*	38.864	39.740	*2,3%*	4.593	4.351	***-5,3%***
Navarra	19.587	19.690	*0,5%*	13.321	13.416	*0,7%*	14.550	14.734	*1,3%*	1.229	1.318	*7,2%*
País Vasco	101.443	104.913	*3,4%*	62.379	65.916	*5,7%*	77.529	79.734	*2,8%*	15.150	13.818	***-8,8%***
La Rioja	15.220	15.342	*0,8%*	8.041	8.145	*1,3%*	11.091	11.328	*2,1%*	3.050	3.183	*4,4%*
Total	1.745.387	1.844.781	5,7%	1.002.892	1.095.124	9,2%	1.277.894	1.352.637	5,8%	275.002	257.513	***-6,4%***

Fuente: Asociación de Directores y Gestores de Servicios Sociales. Dictámenes anuales del Observatorio de la Ley 39/2006.

Por ejemplo, en Madrid se ha logrado reducir hasta un 24% i.a. el total de beneficiarios pendientes de prestación gracias a que el crecimiento de los atendidos (+11,2% i.a.) se sitúa muy por encima, tanto de las solicitudes (que solo crecen un 2,1% i.a.) como de los reconocidos con derecho a prestación (+4,6% i.a.). En cambio, en Baleares –con un aumento de sus atendidos en más del 14%– no solo no ha podido reducir el limbo, sino que ha aumentado porque las solicitudes han crecido prácticamente a un ritmo similar y los reconocidos con derecho a prestación a un ritmo incluso superior a ambas variables (+17% i.a.). En otro extremo se sitúa Castilla y León ha mantenido la tasa de limbo al mínimo en estos ejercicios, aunque hayan repuntado sus solicitudes (+15,5% i.a.), aumentando aún más los atendidos, y en consecuencia ha reducido todavía más el número de personas pendientes de prestación.

Dadas estas circunstancias, el escenario complementario propuesto toma como punto de partida la previsión más factible de cierre de 2019 en relación con los atendidos efectivos y los siguientes supuestos:

1. Se aplica la tasa de variación entre 2019 y 2018 hasta septiembre sobre los atendidos registrados en diciembre de 2018 para calcular la previsión de atendidos a cierre de 2019.

2. Se estiman las personas con derecho a prestación (reconocidas) en 2019 aplicando nuevamente la tasa de variación de los reconocidos hasta septiembre sobre el dato de 2018, y

3. Para 2020 se toma dicho valor final como referencia sobre el que se aplica la variación esperada[165] de la evolución de los dependientes a través de la Encuesta de Discapacidad y su cruce con las proyecciones demográficas por edad y genero de cada comunidad[166]. Este supuesto es fundamental en el escenario complementario, que constituye un escenario prudente de implantación, que se sustenta en que el crecimiento de los reconocidos en 2020 con respecto a 2019 se deriva de las expectativas de aumento de la contingencia reflejadas en la *Encuesta de Discapacidad.*

[165] Obtenida en el escenario base.

[166] En definitiva, las personas con derecho a prestación ("reconocidos") crecerían por la evolución esperada de la contingencia de dependencia según la edad de la población en cada comunidad. Esta ratio coincidiría con el crecimiento de la tasa de atendidos efectivos en 2020 –bajo el supuesto de que todas las personas con derecho reciben prestación y se elimina el limbo. Bajo esta premisa, sería independiente un crecimiento superior de las solicitudes (por mayores incentivos a acceder al sistema por la mejora de la gestión o mayores necesidades de la población), siempre que este repunte no tuviera consecuencias positivas sobre las resoluciones favorables.

4. Se prescinde de los incentivos sobre las solicitudes que podría generar la mejora de la gestión del sistema siendo este incremento equivalente a la tasa de variación de dependientes.

El escenario complementario 2 considera que el crecimiento de los reconocidos en 2020 sería la media del que avanzan los datos a septiembre de 2019 (+5,7%) para todas las comunidades, por lo que los reconocidos estimados de 2020 crecen a un ritmo superior al que se deduce de la evolución demográfica esperada, aplicada a los años sucesivos.

El cuadro 4.4.9 resume los resultados en términos agregados de cada escenario estimando una horquilla de coste neto adicional entre 2018 y 2020 que oscila entre los 2.149 millones del escenario 1 para suprimir en ese periodo el limbo, a los 2.515 millones en el escenario 2.

CUADRO 3.19.

PREVISIÓN DE COSTE NETO TOTAL PARA LAS CC.AA. BAJO TRES ESCENARIOS COMPLEMENTARIOS DE ELIMINACIÓN DEL LIMBO

Millones €	*E. Base*	*E. Alternativo (1)*	*Diferencia de recursos (1)*	*E. Alternativo (2)*	*Diferencia de recursos (2)*
2018	5.479	5.549	0	5.479	0
2019	5.535	5.982	447	5.982	447
2020	5.577	7.279	1.701	7.645	2.067
2021	5.661	7.389	1.728	7.760	2.099
2022	5.723	7.472	1.749	7.847	2.124
2023	5.796	7.568	1.772	7.947	2.152
2024	5.884	7.684	1.800	8.069	2.185
2025	5.971	7.798	1.828	8.189	2.218
2026	6.062	7.919	1.856	8.315	2.253
2027	6.143	8.025	1.882	8.427	2.284
2028	6.227	8.136	1.908	8.543	2.315
2029	6.322	8.260	1.938	8.673	2.351
2030	6.411	8.377	1.966	8.796	2.385

Fuente: Elaboración propia.

Por comunidades autónomas, como puede observarse, las diferencias en los dos escenarios son muy amplias y dependen en gran medida del grado inicial (2018) de implantación del sistema y de la eficacia de la gestión alcanzada en ese momento.

CUADRO 3.20.

EVOLUCIÓN DEL COSTE NETO TOTAL PARA CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA BAJO EL ESCENARIO COMPLEMENTARIO 1 (AÑO BASE=2018)

	2018	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*	*2026*	*2027*	*2028*	*2029*	*2030*
Andalucía	100	107,9	139,1	141,5	143,3	*145,5*	148,1	150,6	*153,3*	155,6	158,1	160,8	163,4
Aragón	100	114,5	135,4	136,3	136,8	*137,6*	138,7	139,9	*141,3*	142,5	143,8	145,3	146,7
Asturias	100	97,4	119,0	119,2	119,4	*119,8*	120,5	121,3	*122,3*	123,2	124,0	125,0	125,9
Baleares	100	114,1	138,8	142,1	145,1	*148,5*	152,2	155,8	*159,5*	163,1	166,7	170,5	174,2
Canarias	100	109,9	151,7	155,8	159,7	*163,9*	168,0	172,2	*176,6*	180,8	184,9	189,1	193,4
Cantabria	100	106,3	134,9	135,9	136,7	*137,8*	139,3	140,8	*142,5*	144,1	145,9	148,1	150,0
Castilla y León	100	116,2	117,3	117,7	117,9	*118,3*	119,0	119,7	*120,5*	121,1	121,8	122,7	123,6
Castilla-La Mancha	100	109,2	118,0	119,3	119,7	*120,6*	121,9	123,1	*124,5*	125,6	126,9	128,5	130,0
Cataluña	100	107,1	157,1	159,7	161,8	*164,0*	166,6	169,2	*171,8*	174,2	176,6	179,2	181,8
C. Valenciana	100	118,7	140,3	143,1	144,9	*147,0*	149,5	151,9	*154,4*	156,6	158,9	161,4	163,7
Extremadura	100	106,6	116,8	117,4	117,4	*117,8*	118,8	119,8	*120,8*	121,6	122,6	123,9	125,0
Galicia	100	105,0	116,4	117,3	117,9	*118,7*	119,7	120,7	*121,8*	122,8	123,6	124,5	125,4
Madrid	100	111,2	120,9	123,6	125,7	*128,1*	130,8	133,5	*136,3*	138,8	141,5	144,4	147,2
Murcia	100	103,3	116,6	118,9	120,6	*122,6*	124,8	127,0	*129,5*	131,7	133,8	136,2	138,5
Navarra	100	100,7	112,9	114,5	115,9	*117,5*	119,4	121,3	*123,4*	125,4	127,4	129,6	131,7
País Vasco	100	105,7	125,3	126,8	127,9	*129,1*	130,8	132,5	*134,3*	135,9	137,4	139,2	140,9
La Rioja	100	101,3	141,1	142,7	144,0	*145,3*	147,2	149,1	*151,1*	152,8	154,6	156,6	158,5
Total	100	109,2	132,8	134,9	136,4	138,1	140,2	142,3	144,5	146,5	148,5	150,7	152,9

Fuente: Elaboración propia.

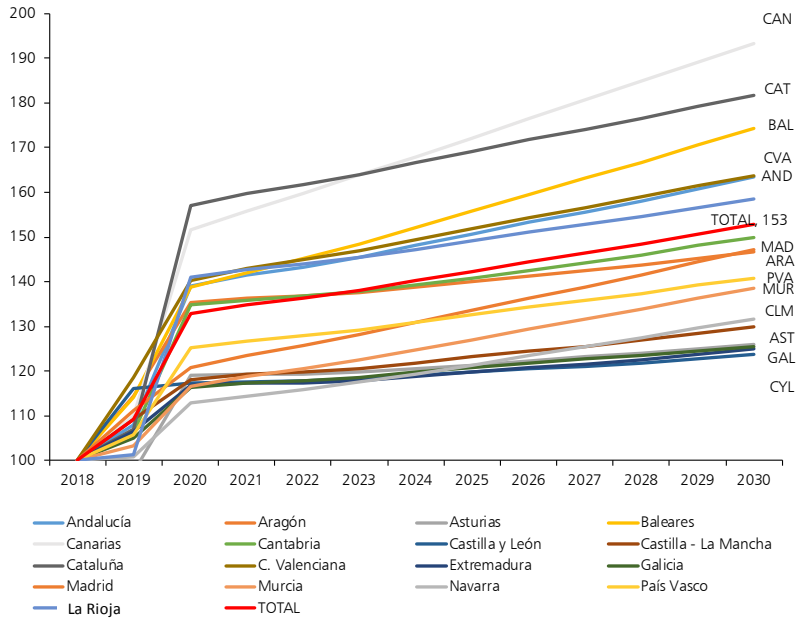
El escenario 1 estima que el total de recursos necesarios a aportar por las comunidades autónomas al SAAD deberá incrementarse en un 53% entre 2018 y 2030. En todo caso, el incremento necesario varía hasta 70 puntos porcentuales entre el máximo y el mínimo, desde un 93% que exigiría a Canarias hasta un mínimo del 23% en el que tendría que incurrir Castilla y León.

Con el escenario 2 el incremento hasta 2030 de los recursos totales alcanzaría un +60,5%. La brecha entre comunidades se mantendría, aunque todas ellas ascenderían en media unos siete puntos porcentuales. El máximo correspondiente a Canarias llegaría a suponer justo el doble de los recursos que se están dedicando.

Por último, el escenario 3 –con la incorporación de la evolución del gasto promedio por atendido según inflación esperada– supondría un aumento en los doce años del 70% en media del gasto que se destinaba en 2018. El máximo en este caso alcanzaría el +217% y el mínimo +142%.

GRÁFICO 3.33.

EVOLUCIÓN DEL COSTE NETO TOTAL PARA CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA BAJO EL ESCENARIO COMPLEMENTARIO 1 (Año base=2018)



Fuentes: Elaboración propia.

CUADRO 3.21.

EVOLUCIÓN DEL COSTE NETO TOTAL PARA CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA BAJO EL ESCENARIO COMPLEMENTARIO 2 (AÑO BASE=2018)

	2018	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*	*2026*	*2027*	*2028*	*2029*	*2030*
Andalucía	100	107,9	145,5	148,0	149,9	*152,2*	155,0	157,6	*160,4*	162,8	165,4	168,2	170,9
Aragón	100	114,5	143,5	144,4	145,0	*145,9*	147,1	148,3	*149,8*	151,1	152,4	154,0	155,5
Asturias	100	97,4	126,1	126,4	126,6	*127,0*	127,8	128,6	*129,7*	130,6	131,4	132,5	133,5
Baleares	100	114,1	143,9	147,4	150,5	*154,0*	157,8	161,6	*165,4*	169,1	172,9	176,9	180,7
Canarias	100	109,9	156,8	161,1	165,1	*169,5*	173,7	178,1	*182,6*	187,0	191,3	195,6	200,0
Cantabria	100	106,3	142,8	143,9	144,8	*145,9*	147,5	149,1	*150,8*	152,6	154,5	156,8	158,8
Castilla y León	100	116,2	124,5	124,9	125,2	*125,6*	126,3	127,1	*127,9*	128,6	129,3	130,3	131,2
Castilla-La Mancha	100	109,2	125,0	126,3	126,8	*127,7*	129,1	130,4	*131,8*	133,0	134,4	136,1	137,7
Cataluña	100	107,1	164,8	167,6	169,7	*172,1*	174,8	177,5	*180,3*	182,7	185,3	188,0	190,7
C. Valenciana	100	118,7	147,1	150,0	151,9	*154,2*	156,7	159,3	*161,9*	164,2	166,6	169,2	171,7
Extremadura	100	106,6	123,7	124,4	124,4	*124,9*	125,9	126,9	*128,0*	128,9	129,9	131,2	132,4
Galicia	100	105,0	123,1	123,9	124,6	*125,4*	126,5	127,6	*128,8*	129,8	130,6	131,6	132,6
Madrid	100	111,2	126,1	129,0	131,2	*133,7*	136,5	139,4	*142,3*	144,9	147,7	150,7	153,6
Murcia	100	103,3	121,9	124,3	126,1	*128,2*	130,5	132,8	*135,4*	137,7	139,9	142,4	144,8
Navarra	100	100,7	118,7	120,3	121,7	*123,5*	125,5	127,4	*129,7*	131,7	133,8	136,2	138,4
País Vasco	100	105,7	132,0	133,4	134,6	*135,9*	137,7	139,5	*141,4*	143,1	144,7	146,5	148,3
La Rioja	100	101,3	149,0	150,7	152,1	*153,5*	155,5	157,5	*159,6*	161,4	163,3	165,4	167,4
Total	100	109,2	139,5	141,6	143,2	145,0	147,3	149,5	151,8	153,8	155,9	158,3	160,5

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 3.22.

EVOLUCIÓN DEL COSTE NETO TOTAL PARA CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA BAJO EL ESCENARIO COMPLEMENTARIO 3 (AÑO BASE=2018) –EN TÉRMINOS NOMINALES–

	2018	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*	*2026*	*2027*	*2028*	*2029*	*2030*
Andalucía	100	108,7	147,6	151,2	154,1	*157,6*	161,6	165,5	*169,7*	173,4	177,3	181,7	185,9
Aragón	100	115,3	145,6	147,5	149,1	*151,0*	153,4	155,7	*158,4*	160,9	163,4	166,3	169,1
Asturias	100	98,1	127,9	129,1	130,2	*131,5*	133,2	135,1	*137,1*	139,0	140,9	143,1	145,1
Baleares	100	114,9	145,9	150,5	154,8	*159,5*	164,6	169,7	*174,9*	180,1	185,4	191,0	196,4
Canarias	100	110,7	159,0	164,5	169,8	*175,5*	181,1	187,0	*193,1*	199,1	205,1	211,2	217,4
Cantabria	100	107,0	144,8	147,0	148,9	*151,1*	153,8	156,6	*159,5*	162,5	165,7	169,3	172,7
Castilla y León	100	117,0	126,3	127,6	128,7	*130,1*	131,7	133,4	*135,3*	136,9	138,6	140,7	142,7
Castilla-La Mancha	100	110,0	126,7	129,0	130,4	*132,3*	134,6	137,0	*139,4*	141,6	144,1	146,9	149,7
Cataluña	100	107,8	167,1	171,1	174,5	*178,2*	182,3	186,4	*190,6*	194,5	198,6	203,0	207,3
C. Valenciana	100	119,5	149,2	153,2	156,2	*159,6*	163,4	167,3	*171,2*	174,8	178,6	182,7	186,7
Extremadura	100	107,3	125,5	127,0	127,9	*129,3*	131,3	133,3	*135,4*	137,2	139,3	141,7	144,0
Galicia	100	105,7	124,8	126,6	128,2	*129,9*	131,9	133,9	*136,2*	138,2	140,0	142,1	144,2
Madrid	100	111,9	127,9	131,7	135,0	*138,4*	142,4	146,4	*150,4*	154,3	158,3	162,7	167,0
Murcia	100	104,0	123,6	127,0	129,7	*132,8*	136,1	139,5	*143,2*	146,6	150,1	153,8	157,4
Navarra	100	101,4	120,3	122,8	125,2	*127,8*	130,8	133,8	*137,1*	140,3	143,5	147,1	150,5
País Vasco	100	106,4	133,8	136,3	138,5	*140,8*	143,6	146,5	*149,5*	152,3	155,1	158,2	161,2
La Rioja	100	102,0	151,1	153,9	156,4	*159,0*	162,2	165,4	*168,7*	171,9	175,1	178,6	182,1
Total	100	109,9	141,5	144,6	147,3	150,2	153,6	156,9	160,5	163,8	167,2	170,9	174,5

Fuente: Elaboración propia.

De forma complementaria, hemos incorporado un último escenario en el que se ha incorporado la evolución del gasto promedio por atendido en función de una previsión de IPC para aproximarnos al gasto neto autonómico nominal que sería preciso bajo el supuesto de eliminación de limbo. El incremento mínimo necesario sería de 4.000 millones de euros adicionales al de 2018 de gasto autonómico neto, lo que supondría elevar en los doce años el gasto por encima de los 9.560 millones de euros en 2030.

Por último, aunque obviamente la aplicación de la regla de gasto debe analizarse sobre el total del gasto social objeto de análisis, y no de forma exclusiva sobre cada uno de ellos[167], conviene apuntar en la evolución prevista para los servicios asociados a la dependencia dos cuestiones: 1) en primer lugar, la eliminación del limbo en un corto espacio de tiempo exigiría un incremento del gasto muy por encima del "techo" previsible en términos reales para los próximos años, 2) la evolución prevista de la dependencia en función de la evolución demográfica provoca una presión de incremento real del gasto superior a una regla de gasto en términos reales situada en torno al 1,4%.

3.5. Metodología y elaboración de la proyección de gasto social (excluido dependencia) hasta 2030

3.5.1. Análisis del gasto en servicios sociales 2006-2017

El gasto en servicios sociales, excluido el correspondiente a dependencia, se encuentra asociado a exclusión social, familias, protección social, etc. En la identificación de la naturaleza de este gasto, así como de las cuantías destinadas al mismo, por parte de las Administraciones Públicas, no ha sido posible encontrar una fuente de información oficial específica que proporcione los datos necesarios. En este sentido, cabe destacar que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha anunciado el desarrollo de Sistema de Información Estatal en Servicios Sociales (SIESS), que podría cubrir ese vacío.

Ante esta situación se ha recurrido a la clasificación funcional del gasto de las administraciones públicas, para aproximarnos a las características del gasto en servicios sociales. Como ya vimos en el epígrafe 2.1., la función asociada a eta tipología de gasto es la 10, denominada protección social, que incluye nueve subfunciones:

1. Enfermedad e incapacidad.
2. Vejez.

[167] Tal como lo hacemos en el capítulo de conclusiones.

3. Supervivientes.
4. Familia y niños.
5. Desempleo.
6. Vivienda.
7. Exclusión social.
8. I+D en protección social.
9. Protección social.

Esta clasificación por subfunciones muestra un inconveniente para el objetivo que nos planteamos: no permite diferenciar entre el gasto asociado a servicios sociales y el destinado a dependencia, que se encuentran repartidos principalmente entre la subfunción 1. Enfermedad e incapacidad y 2. Vejez.

Atendiendo a los datos publicados por la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE), el importe que el conjunto de las comunidades autónomas destinó a protección social ascendió a 11.266 millones de euros en 2017. La subfunción más importante cuantitativamente fue la correspondiente a Vejez, que absorbió 4.183 millones de euros.

La necesidad de depurar, del total de gasto en Protección Social, la parte destinada a dependencia, obliga a conocer el importe que a esta han dedicado

CUADRO 3.23.

PREVISIÓN DE COSTE NETO TOTAL PARA LAS CC.AA. BAJO TRES ESCENARIOS COMPLEMENTARIOS DE ELIMINACIÓN DEL LIMBO

Clasificación	*Tipo de Gasto*	*2017*
10	Protección social	11.266
10.1	Enfermedad e incapacidad	2.707
10.2	Vejez	4.183
10.3	Supervivientes	15
10.4	Familia y niños	998
10.5	Desempleo	394
10.6	Vivienda	111
10.7	Exclusión social n.e.c.	2.414
10.8	I+D en protección social	0
10.9	Protección social n.e.c.	444

Fuente: IGAE.

las comunidades autónomas desde 2006, ejercicio en el que se aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (conocida como Ley de Dependencia), si bien, no entró en vigor hasta el 1 de enero de 2007.

En esta labor, nos encontramos con la dificultad de descontar la cantidad que las comunidades autónomas han destinado a dependencia en términos de contabilidad nacional[168]. En este sentido, hay que destacar la labor de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales a través de sus trabajos de seguimiento de la implantación de la dependencia en España[169]. En el "Informe de seguimiento del Pacto de Estado por el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia", de fecha de 14 de diciembre de 2018, presenta una cuantificación del gasto propio de las comunidades autónomas (sin incluir el nivel mínimo aportado por la AGE) que, en 2017, ascendió a 6.241[170] millones de euros.

La cifra anterior es similar a la que se obtiene de la suma del gasto en enfermedad e incapacidad y en vejez de la clasificación funcional anteriormente expuesta, puesto que resulta en 6.890 millones. Esta conclusión es coherente con la definición que establece la Ley 39/2006 sobre la dependencia, identificándola con situaciones que presentan las personas por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad.

De este modo, adoptaremos, como aproximación al gasto en servicios sociales, el que se encuentra clasificado en las subfunciones correspondientes a: supervivientes, familia y niños, desempleo, vivienda, exclusión social, I+D en protección social y protección social. Atendiendo a las cuantías destinadas a cada una de estas actuaciones en 2017, destaca que el 78% del gasto autonómico en servicios sociales fue dedicado a exclusión social y a familia y niños.

El gasto asignado a cada una de las subfunciones que nos ocupan se publica para el agregado de las comunidades autónomas, sin embargo, no de forma individualizada por cada una de esas administraciones.

En la situación anterior, para aproximarnos al gasto en servicios sociales anual de cada comunidad autónoma, calculamos el porcentaje que este representa, en el ejercicio correspondiente, en el conjunto del gasto autonómico en

[168] Como hemos comentado no existe una subfunción específica a este tipo de gasto sino que el importe global se encuentra repartido entre distintas subfunciones.

[169] A través tanto de Documentos monográficos como los Dictámenes anuales del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

[170] te incluye el gasto realizado por la comunidad autónoma incluido el que se financia con las aportaciones de los usuarios.

protección social. Dicho porcentaje lo aplicamos sobre el gasto que cada comunidad autónoma ha dedicado al grupo de función 10. La cuantía resultante es la que consideramos que cada comunicada autónoma ha destinado a servicios sociales.

En el período comprendido entre 2006 y 2017, las cifras así obtenidas muestran una evolución muy diferente entre las diferentes comunidades autónomas. De este modo, fueron las comunidades autónomas de Navarra, Baleares, País Vasco y Asturias las que aumentaron más su gasto en servicios sociales. Por el contrario, fueron cuatro autonomías las que lo redujeron: Castilla-La Mancha, Andalucía, Canarias y Castilla y León.

CUADRO 3.24.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES 2006-2017

	Millones €		*Porcentaje*
Comunidad Autónoma	*2006*	*2007*	*Evolución 06/17*
Andalucía	783	576	-26,43
Aragón	109	143	31,10
Asturias (Principado de)	110	158	43,76
Balears (Illes)	36	55	50,93
Canarias	143	122	-14,80
Cantabria	69	84	22,73
Castilla y León	300	279	-7,10
Castilla-La Mancha	314	214	-31,91
Cataluña	791	828	4,73
Comunitat Valenciana	274	295	7,84
Extremadura	131	141	7,15
Galicia	228	235	2,71
Madrid (Comunidad de)	608	689	13,35
Murcia (Región de)	116	117	0,97
Navarra (Comunidad Foral de)	91	144	58,14
País Vasco	178	256	44,11
La Rioja	39	39	0,39
Total	4.321	4.376	1,27

Fuente: IGAE y elaboración propia.

El gasto en servicios sociales, como se ha puesto de manifiesto, cubre necesidades muy diversas y, por tanto, no va ligada a una variable concreta. Por tanto, se hace preciso identificar qué factores son los que lo determinan y estos serán los que se considerarán en la proyección del mismo.

3.5.2. Las variables explicativas del gasto en servicios sociales

A priori, las variables que, atendiendo a los tipos de necesidades que cubre el gasto en servicios sociales, podrían explicar la cuantía del mismo son las que se recogen en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.25.

PROPUESTA DE VARIABLES EXPLICATIVAS DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES

Variable	*Definición*	*Fuentes de información*
Productividad	PIB corriente dividido por el número de ocupados	INE
Tasa de paro	Número de parados dividido por la población activa	INE
Tasa de paro de larga duración	Número parados que llevan más de un año desempleados dividido por la población activa	INE
PIB per cápita	Importe del PIB corriente dividido por el número de habitan	INE
Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social	El porcentaje de personas que viven en hogares cuya renta total equivalente anual está por debajo del umbral de pobreza. Los ingresos corresponden al año anterior al de la entrevista	INE
Tasa de personas con estudios terciarios	Porcentaje de personas entre 25 y 64 años con estudios terciarios finalizados	Eurostat
Tasa de dependencia de mayores	Número de personas con edad superior a 65 años sobre el total de población entre 16 y 64 años	INE
Tasa de dependencia de menores	Número de personas con edad inferior a 16 años sobre el total de población entre 16 y 64 años	INE

Fuente: Elaboración propia.

Las variables anteriores se han introducido en un modelo econométrico, como explicativas del gasto en servicios sociales. Con el fin de determinar la significatividad de cada una de ellas, se ha creado un panel de datos con las diecisiete comunidades autónomas y un período temporal de 2006-2017.

En todo caso, previa la exposición de los ejercicios econométricos realizados y los resultados obtenidos, es conveniente analizar el comportamiento que presentaron las diferentes variables, tanto la explicada como las posibles explicativas, en el período 2006-2017.

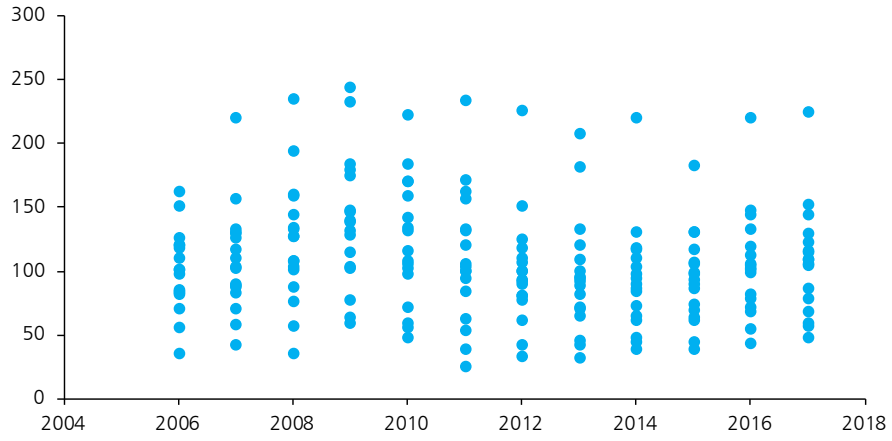
- El gasto medio del conjunto de comunidades autónomas en servicios sociales fue de 109,2 euros per cápita en el período estudiado. En todo caso, existieron diferencias significativas entre los importes presentados

por las distintas comunidades autónomas, con un rango del gasto per cápita de 211,4 euros/habitante, puesto que el gasto mínimo registrado fue de 32,5 euros/habitante (Baleares en 2013) y el gasto más elevado ascendió a 243,9 euros/habitante (Navarra en 2009). Por otra parte, se confirma que se trata de un tipo de gasto condicionado por la coyuntura económica.

En el gráfico siguiente se observa la evolución del gasto en servicios sociales por habitante en cada una de las comunidades autónomas. En la parte superior siempre destaca Navarra que, desde 2007, presentó un gasto anual superior a los 200 euros por habitante, salvo en 2015, en el que descendió a 183 euros por habitante.

GRÁFICO 3.34.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES POR CC.AA. DESDE 2006-2017 (Euros por habitante)



Fuente: INE, Afi.

- En relación a las variables de ámbito económico (PIB per cápita, tasa de paro, tasa de paro de larga duración, productividad), bien es sabido que cada región presenta una estructura económica diferente. Aunque todas las comunidades autónomas muestran un ciclo económico muy similar, el impacto del mismo en sus condicionantes económicos fue diverso.

En los siguientes gráficos se recoge la evolución de la productividad (muy relacionada con la evolución del crecimiento económico de la región) y la tasa

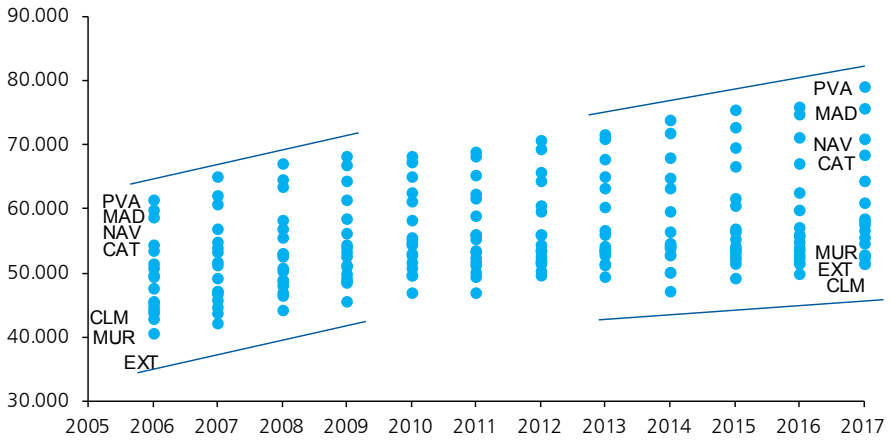
de paro de larga duración. Como puede observarse, el efecto de la crisis económica y financiera de 2009 provocó una mayor heterogeneidad entre las comunidades autónomas. Aunque la productividad registró una evolución suave en el tiempo –a diferencia de lo que ocurrió con la tasa de paro de larga duración, cuyo comportamiento fue fiel reflejo del ciclo económico–, ambas variables ponen en evidencia las distintas tendencias que siguieron las regiones.

Respecto a la productividad, en 2006, la diferencia entre el valor más bajo (correspondiente a Extremadura) y el valor más elevado (presentado por el País Vasco) fue de 20.700 euros, Sin embargo, la brecha aumentó hasta 27.470 euros en 2017. Además, mientras que el grupo de comunidades autónomas con menor productividad (entre las que se encuentran Castilla-La Mancha, Extremadura y Murcia) se estancó en los últimos cinco años; otro grupo de comunidades presentó una tendencia de continuo crecimiento (entre ellas, País Vasco, Madrid, Navarra).

Por otra parte, si en 2006 la distancia entre la menor y la mayor tasa de paro de larga duración fue de 3,5 puntos porcentuales, en 2017 ascendió a 11,7 p.p. La crisis económica, asimismo, provocó que dicha tasa aumentara en diferente proporción para cada región, siendo las más afectadas Extremadura, Andalucía y Canarias; frente a Baleares, Navarra y Aragón, con un crecimiento más moderado.

GRÁFICO 3.35.

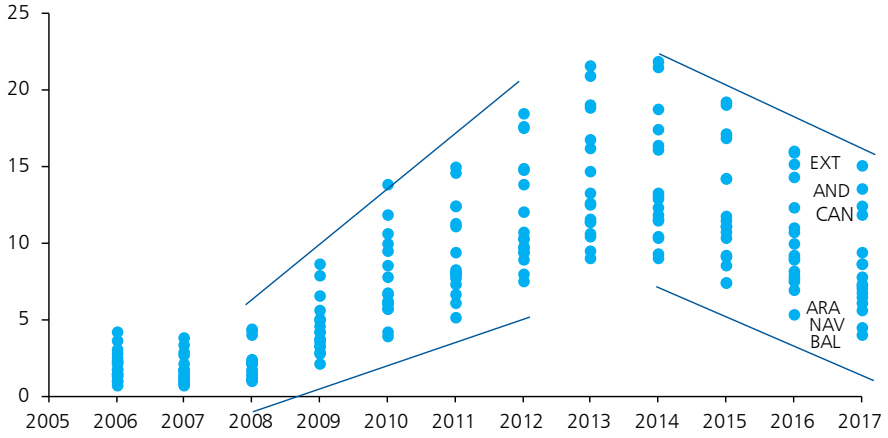
EVOLUCIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD POR CC.AA., DESDE 2006-2017 (Euros)



Fuente: INE, Afi.

GRÁFICO 3.36.

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE PARO DE LD POR CC.AA. DESDE 2006-2017 (Porcentaje)



Fuente: INE, Afi.

CUADRO 3.26.

PRINCIPALES ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DEL MODELO

	Media	*Mediana*	*Desviación estándar*	*Mínimo*	*Máximo*	*Rango*
Gasto social per cápita	109,16	103,47	44,66	32,50	243,87	211,37
PIB/Cápita	23.069,07	21.741,68	4.625,11	15.133,91	33.825,03	18.691,12
Tasa paro	17,41	16,78	7,28	4,28	36,26	31,98
Tasa paro LD	8,24	7,96	5,26	0,73	21,83	21,10
Productividad	56.068,82	54.028,73	7.638,72	40.638,75	78.992,30	38.353,55
% riesgo exclusión	20,14	18,00	7,66	5,90	38,80	32,90
% personas estudios terciarios	32,59	32,00	6,89	20,80	49,70	28,90
Tasa dependencia mayores	27,62	27,52	5,27	17,21	39,39	22,18
Tasa dependencia jóvenes	23,09	23,47	2,69	16,02	28,38	12,36

Fuente: Afi.

- El resto de variables (riesgo de exclusión, porcentaje de personas con estudios terciarios, tasa de dependencia de mayores y de jóvenes) presentan un componente más vinculado al ámbito social. Las dispersiones que muestran, medidas como la desviación típica de la variable en cuestión, son de las más reducidas, sobre todo para la tasa de dependencia de los jóvenes, cuya brecha entre el valor mínimo y el máximo registrado en la serie fue la más baja.

En el siguiente cuadro se muestran las correlaciones que existen entre todas las variables. Aquellas que registran una mayor correlación con la variable dependiente –en nuestro caso, el gasto en servicios sociales per cápita– son el riesgo de exclusión (-0,35), la tasa de paro de larga duración (-0,31) y la tasa de dependencia de los mayores (0,30). Este resultado se encuentra en línea con el hecho de que el destino principal del gasto analizado es la exclusión social, siendo una de las formas de atenderla la garantía de rentas mínimas.

CUADRO 3.27.

CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEL MODELO

	Gasto social per cápita	*PIB/Cápita*	*Tasa Paro*	*Pasa paro LD*	*Productividad*	*% riesgo exclusión*	*% personas estudios terciarios*	*Tasa Dependencia Mayores*	*Tasa Dependencia Jóvenes*
Gasto social per cápita	1								
PIB/Cápita	0,18	1							
Tasa Paro	-0,29	-0,56	1						
Tasa paro LD	-0,31	-0,44	0,89	1					
Productividad	0,15	0,87	-0,19	-0,01	1				
% riesgo exclusión	-0,35	-0,79	0,75	0,56	-0,71	1			
% personas estudios terciarios	0,25	0,76	-0,43	-0,13	0,87	-0,75	1		
Tasa Dependencia Mayores	0,30	0,00	-0,19	0,03	0,16	-0,39	0,42	1	
Tasa Dependencia Jóvenes	-0,04	-0,04	0,33	0,28	0,05	0,35	-0,16	-0,54	1

Fuente: .

3.5.3. Definición del modelo explicativo del gasto en servicios sociales

3.5.3.1. Propuesta de modelos econométricos

Los modelos econométricos aplicados para conocer las variables concretas que explican el gasto en servicios sociales, consideran, como anteriormente se señalaba, los valores de todas ellas para cada una de las 17 comunidades autónomas y para el período comprendido entre 2006 y 2017. Adicionalmente, se ha incorporado una *dummy* (efecto fijo) por cada CC.AA. (salvo para una de ellas, que será la comunidad de referencia –Baleares[171]– sobre la que se compara el valor de las dummies sobre la constante).

[171] Se ha tomado como referencia Baleares por ser la región con menor gasto en servicios sociales per cápita medio.

A partir de este punto, se estima un modelo de mínimos cuadrados ordinarios (MCO) agrupados *(pooled OLS, en inglés)*. El modelo original planteado es el que se expresa a continuación.

$$GSpc_i = \alpha_i + \beta_2 product_i + \beta_3 tp_i + \beta_4 tpld_i + \beta_5 PIBpc_i + \beta_6 exclusion_i + \beta_7 est_terciarios_i + \beta_8 t_depen_mayor_i + \beta_9 t_depen_joven_i + yi + \varepsilon \quad [9]$$

Donde,

$GSpc_i$ es el gasto en servicios sociales per cápita en la comunidad i.

$product_i$ es la productividad en la comunidad i.

tp_i es la tasa de paro en la comunidad i.

$tpld_i$ es la tasa de paro de larga duración en la comunidad i.

$PIBpc_i$ es el PIB per cápita en la comunidad i.

$exclusión_i$ es el porcentaje del riesgo de exclusión social en la comunidad i.

$est_terciarios_i$ es el porcentaje de personas con estudios terciarios en la comunidad i.

$t_depen_mayor_i$ es la tasa de dependencia de mayores en la comunidad i.

$t_depen_joven_i$ es la tasa de dependencia de jóvenes en la comunidad i.

γ_i es el efecto fijo (variable ficticia) asociado a cada comunidad i, de tal forma que se le asigna un 1 a la región determinada objeto de estudio y 0 para el resto, a excepción de la región de Baleares que se toma como comunidad de referencia por ser la que menor gasto social per cápita registra en la media del período analizado;

$\mathcal{E}$ es el término de error de la regresión.

Sin embargo, se completa considerando una ecuación alternativa.

$$\log GSpc_i = \alpha_i + \beta_2 logproduct_i + \beta_3 tp_i + \beta_4 tpld_i + \beta_5 logPIBpc_i + \beta_6 exclusion_i + \beta_7 est_terciarios_i + \beta_8 t_depen_mayor_i + \beta_9 t_depen_joven_i + yi + \varepsilon \quad [10]$$

La regresión de la ecuación [9] se encuentra en niveles, mientras que la expresada en la ecuación [10] se encuentra transformada en logaritmos. Con esta última, se consigue un mayor ajuste, al suavizar la tendencia de las variables transformadas (gasto en servicios sociales per cápita, productividad y PIB per cápita).

Con ayuda del programa econométrico STATA, se han incorporado los datos en las regresiones expuestas, con el fin de conocer qué variables explican mejor el gasto social per cápita.

Los resultados de ambas regresiones se recogen en la tabla siguiente.

CUADRO 3.28.

RESULTADOS DE LAS REGRESIONES ECONOMÉTRICAS DE LAS ECUACIONES 9 Y 10

Variables	*Gasto social per cápita Ecuación 1*	*Gasto social per cápita(log) Ecuación 2*
product	0.00333*	1.196
tp	1.241	0.0173**
tpld	-7.468***	-0.0692***
PIBpc	-0.0112	-1.458
exclusión	0.0568	0.00185
est_terciarios	-0.295	0.00657
t_depen_mayor	3.759	0.0170
t_depen_joven	-6.065	-0.0107
and	35.98	0.658***
ara	23.95	0.720***
ast	-16.84	0.746
can	10.11	0.373**
cnt	53.54	1.039***
cyl	-23.45	0.595
clm	62.41	1.013***
cat	89.06***	1.062***
cva	-5.567	0.277
ext	39.54	0.947**
gal	-50.05	0.378
mad	93.92*	0.868***

CUADRO 3.28. *(continuación)*

RESULTADOS DE LAS REGRESIONES ECONOMÉTRICAS DE LAS ECUACIONES 9 Y 10

Variables	*Gasto social per cápita Ecuación 1*	*Gasto social per cápita(log) Ecuación 2*
mur	49.09**	0.685***
nav	183.1***	1.560***
pva	42.48*	0.711***
rio	66.55***	1.003***
Constant	231.1	5.242
Observations	170	170
R-squared	0.910	0.934

Nota: Robust standard errors in parentheses, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Ambas regresiones muestran un R^2 superior al 90% (91% para la ecuación 1 y 93,4% para la ecuación 2). Esto supone que más del 90% del gasto en servicios sociales per cápita se consigue explicar a través de las variables que se han incorporado en el modelo. No obstante, muchas de estas variables no son significativas, esto es, estadísticamente son iguales a cero, por lo que habrá que depurar ambas regresiones eliminando aquellas que no aportan información sobre el comportamiento del gasto analizado.

De este modo, atendiendo al grado de significatividad de las variables que devuelve el modelo, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

a. Tanto la constante del modelo, como las variables relativas al ámbito social (riesgo de exclusión, porcentaje de personas con estudios terciarios, tasa de dependencia de mayores y de jóvenes) y PIB per cápita, no son significativas en ambas regresiones (tanto en niveles como en logaritmos), por lo que estadísticamente, el valor de las variables es igual a cero.

b. La tasa de paro de larga duración es la variable con mayor nivel de significatividad en los dos modelos. Además, su relación con el gasto en servicios sociales per cápita es negativa en ambas regresiones. De esta forma, a medida que la tasa de paro de larga duración aumenta, el gasto social disminuye. En el siguiente apartado se comentará la coherencia del signo de cada una de las variables.

c. La productividad y la tasa de paro presentan resultados diferentes entre ambos modelos. Mientras que en la regresión de la ecuación [9] la productividad es estadísticamente significativa, con un nivel de confianza del 90%, y la tasa de paro no lo es; en la regresión de la ecuación [10] se obtiene lo contrario, es decir, la productividad no es estadísticamente significativa y la tasa de paro sí, con un nivel de confianza del 95%.

d. Respecto a los efectos fijos de la regresión *(dummies),* el modelo en logaritmos devuelve el doble de variables significativas que el modelo en niveles.

Por tanto, en la medida que: i) hay variables que no aportan información a la justificación del comportamiento del gasto en servicios sociales per cápita; ii) existen variables muy correlacionadas entre sí y el modelo podría tener problemas de multicolinealidad; y iii) el indicador del R^2 está sesgado al alza, puesto que la mera incorporación de variables lo elevan automáticamente; es necesario depurar el modelo y tratar de conseguir uno en el que todas las variables sean significativas y tenga una bondad de ajuste suficientemente elevada para proyectar el gasto y que los resultados sean consistentes.

3.5.3.2. Modelo econométrico final

Los resultados obtenidos con la ecuación [9[y la ecuación [10] conducen a depurar el modelo eliminando las variables que no son significativas (PIB per cápita, riesgo de exclusión, porcentaje de personas con estudios terciarios, tasa de dependencia de mayores y jóvenes), así como la tasa de paro, puesto que esta tiene una elevada correlación con la tasa de paro de larga duración, lo que podría condicionar los resultados.

El modelo final expresa que el gasto en servicios sociales per cápita se encuentra explicado por la productividad (muy relacionada con el PIB per cápita) y la tasa de paro de larga duración –junto con los efectos fijos de cada comunidad, que permiten controlar los resultados de los coeficientes por región.

Las regresiones finales que se utilizan son las siguientes:

$$GSpc_i = \alpha_i + \beta_2 product_i + \beta_3 tpld_i + yi + \varepsilon \qquad [11]$$

$$log\ GSpc_i = \alpha_i + \beta_2 logproduct_i + \beta_3 tpld_i + \beta_4 tpld_i + yi + \varepsilon \qquad [12]$$

Los resultados que con ellas se obtienen se muestran en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.29.

RESULTADOS DE LAS REGRESIONES ECONOMÉTRICAS DE LAS ECUACIONES 3 Y 4

Variables	*Gasto social per cápita Ecuación 1*	*Gasto social per cápita(log) Ecuación 2*
product	0.00281***	1.702***
tpld	-3.483***	-0.0368***
and	84.62***	1.140***
ara	43.72***	0.724***
ast	93.50***	1.197***
can	47.13***	0.651***
cnt	114.6***	1.363***
cyl	73.66***	1.018***
clm	127.0***	1.497***
cat	55.26***	0.836***
cva	37.40***	0.573***
ext	140.6***	1.678***
gal	59.31***	0.892***
mad	15.34*	0.458***
mur	70.92***	1.019***
nav	137.6***	1.278***
pva	11.84	0.430***
rio	80.13***	1.042***
Constant	-90.08***	-14.62***
Observations	204	204
R-squared	0.865	0.906

Nota: Robust standard errors in parentheses, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

De esta forma, las regresiones presentan una bondad de ajuste muy similar a los originales (en torno al 90%), si bien es cierto que el mayor R^2 continúa siendo el aplicado por la regresión en logaritmos. Las diferencias en los resultados entre ambas ecuaciones son mínimas y se detectan únicamente en dos de

las variables ficticias (en aquellas concernientes a las comunidades de Madrid y País Vasco).

Por tanto, en la medida en que nos encontramos con un modelo con variables exógenas que explican el 90,6% del comportamiento del gasto social per cápita y cuyas variables determinantes tienen un nivel de confianza superior al 99,99%, concluimos que la ecuación [12] es un buen modelo predictivo del gasto en servicios sociales per cápita y será el que utilizaremos para proyectar la variable objeto de estudio.

A modo de explicación de los resultados de cada una de las variables, hay que tener en cuenta que este modelo está expresado en logaritmos, por lo que es necesario llevar a cabo ciertos ajustes en las transformaciones de las variables para poder expresarlas en términos monetarios (euros por habitante, concretamente):

- Constante: esta variable es significativa al 1% (nivel de confianza superior al 99,99%) y toma el valor -14,62. Dado que la variable endógena está expresada en logaritmos, transformamos el valor de la constante a través del antilogaritmo de la misma. El resultado es $4{,}47^{(-7)}$, es decir, tiende a ser igual a 0.

  Interpretación económica de la variable: el gasto en servicios sociales per cápita de Baleares –comunidad que se ha tomado como referencia– sería nulo en el caso de que la productividad y la tasa de paro de larga duración no afectase al gasto social per cápita.

- Efectos fijos *(Dummies)*: todas las *dummies* registran un nivel de confianza superior al 99,99%. El signo positivo de estas variables es coherente, ya que la región de referencia que se ha fijado es la que presenta un menor gasto social per cápita medio en el período analizado. Al igual que sucede con la constante, es necesario hacer la transformación del resultado que devuelve el modelo para interpretarlo en términos monetarios.

  Interpretación económica de la variable: el coeficiente de cada efecto fijo es el gasto social per cápita que tendría cada comunidad autónoma sobre la región de referencia (cuyo valor es cero, como se ha comentado anteriormente) siempre y cuando este gasto no estuviese influenciado por la productividad y la tasa de paro de larga duración de cada región. Los valores de cada efecto fijo transformados se recogen en el siguiente cuadro:

CUADRO 3.30.

VARIABLES FICTICIAS TRANSFORMADAS (En euros)

CC.AA.	*Efecto fijo*	*Gasto social medio 06-17 (per cápita)*
EXT	1,678	141,71
CLM	1,497	138,69
CNT	1,363	148,13
NAV	1,278	215,89
AST	1,197	129,67
AND	1,140	91,76
RIO	1,042	131,66
MUR	1,019	86,78
CYL	1,018	113,17
GAL	0,892	88,13
CAT	0,836	115,44
ARA	0,724	101,03
CAN	0,651	58,11
CVA	0,573	59,03
MAD	0,458	95,24
PVA	0,430	99,30
BAL	0,000	41,90

Fuente: Afi.

Buena parte de las comunidades autónomas con mayor efecto fijo son las que mostraron un nivel de gasto social per cápita medio más elevado, en el período 2006-2017. Asimismo, las que tienen menor efecto fijo, en general, presentaron un nivel de gasto de los más bajos.

- Productividad: esta variable tiene un nivel de confianza superior al 99,99% y el coeficiente estimado por el modelo es de 1,702. El signo del coeficiente indica que existe una relación positiva entre el gasto en servicios sociales y el nivel de productividad. Por tanto, son las regiones más productivas (más ricas) las que mayor gasto social llevan a cabo (independientemente del resto de variables).

Interpretación económica de la variable: dado que tanto el gasto social como la productividad están expresadas en logaritmos, el coeficiente de la productividad del 1,702 se interpretaría de la siguiente manera: un incremento de 1 punto porcentual de la productividad incrementa de forma directa el gasto social per cápita en 1,702 puntos porcentuales. Para calibrar más precisamente su impacto, piénsese en que la CA cuya productividad fuese un 20% mayor que la de referencia gastaría 34 euros más que esta última.

- Tasa de paro de larga duración: el nivel de confianza de esta variable también es superior al 99,99% y el coeficiente estimado es de -0,0368. El signo del coeficiente indica que existe una relación negativa entre la evolución de la tasa de paro y el gasto en servicios sociales ejecutado por cada comunidad.

  Interpretación económica de la variable: al igual que sucedía con la productividad, no es necesario aplicar ninguna transformación al coeficiente de la tasa de paro de larga duración ya que ambas están expresadas en porcentajes. Por tanto, el valor del coeficiente implica que un incremento de un punto porcentual en la tasa de paro de larga duración de cada región reduciría su gasto en servicios sociales per cápita en 0,0368 puntos porcentuales.

Las principales conclusiones que se pueden extraer del modelo son:

a. La inclusión en el modelo de la tasa de paro centrada en aquellos parados de larga duración, en lugar de utilizar la tasa de paro general, podría tener cierta coherencia con los potenciales beneficiarios a los que van dirigidos los programas de gasto social. Además, las prestaciones por desempleo (tanto seguro como subsidio, ambos limitados en el tiempo) son estabilizadores automáticos de la economía cuyo gasto está recogido principalmente en las cuentas del SEPE y corre, por lo tanto, a cargo del Estado exclusivamente.

b. Dado el signo de las variables económicas que afectan al gasto en protección social, se puede deducir que la evolución de este gasto depende no tanto de las necesidades de la población, sino más bien de los recursos disponibles de la región. *A priori,* cabría esperar que una región cuya población disponga de menos recursos, debería registrar un gasto social superior. Sin embargo, el modelo nos ayuda a inferir una conclusión completamente distinta. Son las regiones más ricas (más producti-

vas, por tanto) y las que menos tasa de paro registran, las que ejecutan un mayor gasto social. Esto iría ligado a que son las regiones que tienen una mayor capacidad recaudatoria y, por tanto, podrían destinar más gasto a esta categoría.

c. Independientemente de la estructura económica de la región, aquellas comunidades autónomas que mayor gasto social registran son Extremadura, Castilla–La Mancha, Cantabria y Navarra, frente a las que menor gasto en protección social por habitante ejecutan, entre las que se encuentran País Vasco, Madrid, C. Valenciana y Canarias. Esto requiere de una interpretación que, justamente, nos proporcionan las variables ficticias antes comentadas que, en realidad, nos dan claves sobre el denominado "efecto fijo" que cada comunidad autónoma incorpora en sus programas específicos de servicios y gasto social. No hay otra forma de captar (a menos de llevar a cabo un estudio muy pormenorizado) la idiosincrasia de cada modelo autonómico de protección social, en el que, sin duda, se condensan especificidades sociales, políticas e institucionales, así como la trayectoria histórica, de cada territorio.

3.5.4. Proyección de las variables explicativas y del gasto en servicios sociales

3.5.4.1. Proyección variables exógenas: productividad y tasa de paro de larga duración

La productividad se define como el PIB de cada comunidad autónoma dividido por su población activa ocupada. Es necesario hacer una previsión de ambas componentes para poder introducir la productividad en el modelo y obtener la previsión del gasto en servicios sociales per cápita.

Por un lado, para conseguir cifrar el numerador de la fracción (PIB nominal) se han utilizado los datos de previsiones propias de Afi, con crecimientos futuros en línea con el escenario base de sostenibilidad. De otra parte, para el cálculo de los ocupados totales, se estima un crecimiento medio de cada comunidad y se le aplica a la población comprendida en el tramo de edad entre 16 y 64 años desde 2018-2030.

Respecto a la tasa de paro de larga duración, en la medida que es una variable muy sensible al ciclo económico, se ha proyectado, para el período 2018-2030, la media aritmética de la propia variable desde 2006 hasta 2017.

CUADRO 3.31.

PROYECCIÓN DE VARIABLES EXÓGENAS POR CC.AA.

	Tasa paro LD	*Productividad (euros)*												
CC.AA.	*Promedio %*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*	*2026*	*2027*	*2028*	*2029*	*2030*
AND	13,02	50.379,94	51.835,05	53.234,40	54.742,30	56.290,97	*57.953,73*	59.710,99	61.505,86	*63.474,15*	65.535,22	67.725,92	70.118,94	72.759,19
ARA	6,22	63.508,08	65.291,07	67.611,70	70.111,25	72.731,46	*75.470,07*	78.311,52	81.246,12	*84.382,46*	87.643,01	91.091,74	94.791,38	98.756,28
AST	8,07	58.019,93	60.512,80	63.050,15	65.765,66	68.641,71	*71.685,99*	74.840,19	78.114,16	*81.538,55*	85.130,54	88.884,38	92.818,44	97.154,14
BAL	5,63	52.396,66	53.096,26	53.945,21	54.852,50	55.815,08	*56.833,06*	57.933,88	59.062,00	*60.364,01*	61.703,07	63.172,33	64.774,60	66.546,92
CAN	12,91	49.146,44	50.018,63	50.941,83	51.946,88	53.011,19	*54.144,39*	55.364,17	56.682,34	*58.193,81*	59.840,15	61.654,12	63.602,34	65.772,02
CNT	6,48	55.271,08	58.035,54	61.029,81	64.275,69	67.694,65	*71.440,15*	75.375,23	79.464,54	*83.802,44*	88.384,93	93.259,38	98.530,81	104.157,29
CYL	7,28	57.405,70	59.777,80	62.344,83	65.122,53	68.075,53	*71.236,05*	74.543,51	78.015,33	*81.750,93*	85.640,33	89.758,59	94.148,76	98.910,25
CLM	10,54	49.557,46	51.403,29	53.493,14	55.743,72	58.117,48	*60.652,12*	63.334,14	66.133,54	*69.159,50*	72.340,84	75.682,86	79.295,71	83.236,39
CAT	7,53	66.040,61	67.294,84	68.825,33	70.436,28	72.095,81	*73.860,84*	75.721,99	77.617,02	*79.675,24*	81.810,63	84.082,26	86.542,70	89.282,26
CVA	9,86	52.053,16	53.386,47	54.774,24	56.273,92	57.802,28	*59.435,78*	61.138,46	62.905,84	*64.835,53*	66.845,09	68.984,11	71.274,73	73.794,45
EXT	11,76	45.678,00	47.267,46	48.863,61	50.600,00	52.434,39	*54.401,57*	56.517,03	58.706,74	*61.088,11*	63.576,29	66.226,06	69.089,88	72.212,60
GAL	7,62	56.104,17	58.395,00	60.878,62	63.518,11	66.311,44	*69.251,77*	72.339,28	75.531,57	*78.957,64*	82.541,72	86.308,72	90.288,72	94.604,13
MAD	6,74	75.210,01	77.321,72	79.832,44	82.547,95	85.408,77	*88.450,70*	91.618,45	94.902,95	*98.450,12*	02.210,77	106.171,49	110.473,15	115.143,01
MUR	9,37	50.243,77	51.142,16	52.210,63	53.362,96	54.528,22	*55.794,65*	57.114,08	58.467,53	*59.929,93*	61.470,17	63.054,18	64.788,77	66.676,55
NAV	4,89	72.183,87	74.188,98	76.602,06	79.209,18	82.005,86	*84.903,52*	87.905,78	90.994,84	*94.287,67*	97.766,03	101.403,34	105.286,58	109.548,63
PVA	5,88	76.063,32	78.592,26	81.377,71	84.363,52	87.525,33	*90.863,56*	94.327,15	97.949,03	*101.751,85*	105.679,86	109.807,19	114.234,03	119.084,27
RIO	6,23	55.692,18	57.021,63	58.517,47	60.099,79	61.786,08	*63.581,84*	65.363,21	67.253,81	*69.262,90*	71.311,88	73.452,98	75.665,38	78.095,45

Fuente: Elaboración propia.

3.5.4.2. Resultados de las proyecciones del gasto en servicios sociales por CC.AA.

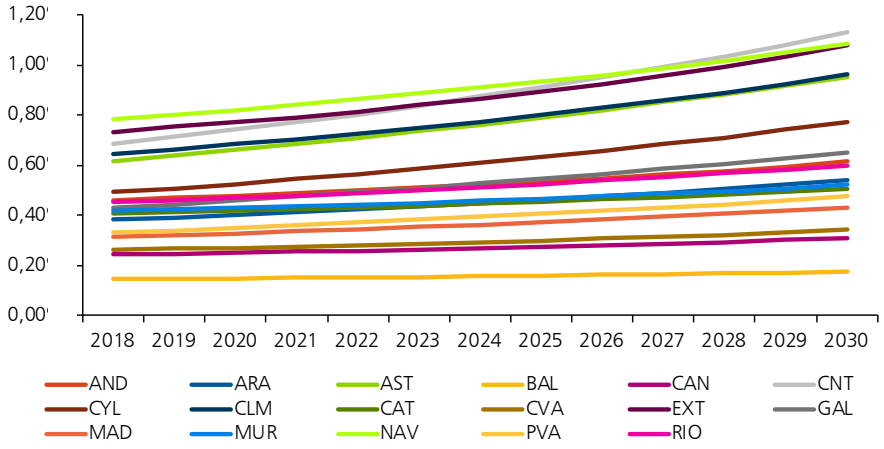
En este apartado se proyecta el gasto en servicios sociales introduciendo las previsiones hasta 2030 de las variables exógenas del modelo final.

Este tipo de gasto social representaba, en 2018, menos de 1% del PIB en todas las regiones. Proyectando el gasto desde 2018 hasta 2030, aquellas regiones que registrarían un mayor impacto sobre PIB son: Cantabria (crecimiento de 4,4 décimas de PIB), Extremadura (+3,4 décimas), Asturias (+3,4%) y Castilla–La Mancha (+3,2 décimas). En cambio, aquellas que prácticamente se mantendrían en niveles relativamente estables serían Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana y Cataluña.

El resultado obtenido debe tomarse con suma precaución, dado que tan solo dos variables económicas propiamente dichas intervienen en la proyección. Por otra parte, el efecto fijo queda anclado en el valor de la variable ficticia que permite su estimación y es imposible de proyectar con sentido económico, salvo de manera muy general y totalmente ad hoc para la elaboración de escenario complementarios.

GRÁFICO 3.37.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES (SIN DEPENDENCIA)
(Porcentaje PIB nominal)



Fuente: Afi.

A continuación, se muestra la evolución del gasto en servicios sociales total por comunidad autónoma desde el ejercicio 2006 hasta el año 2030.

GRÁFICO 3.38.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES (Millones de euros corrientes)

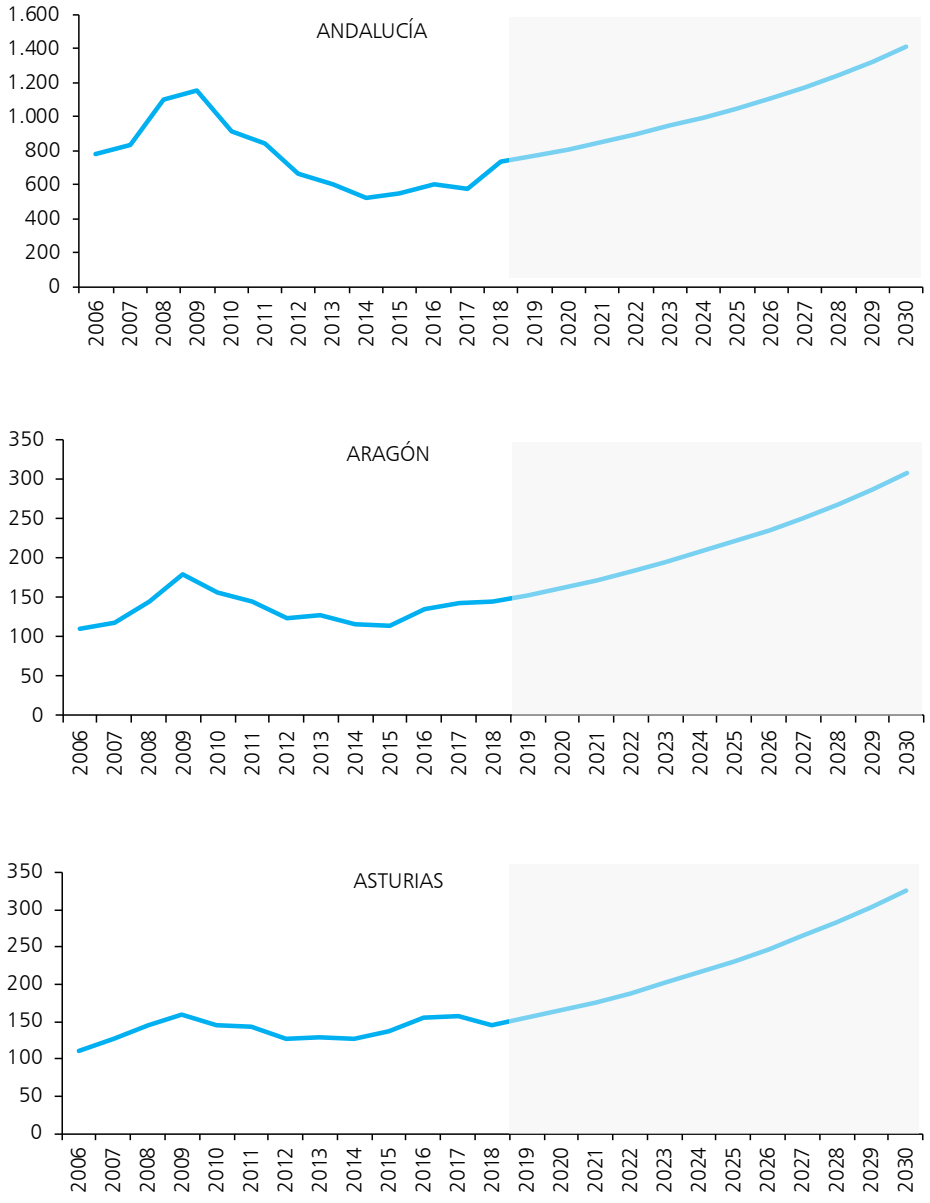


GRÁFICO 3.38. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES (Millones de euros corrientes)

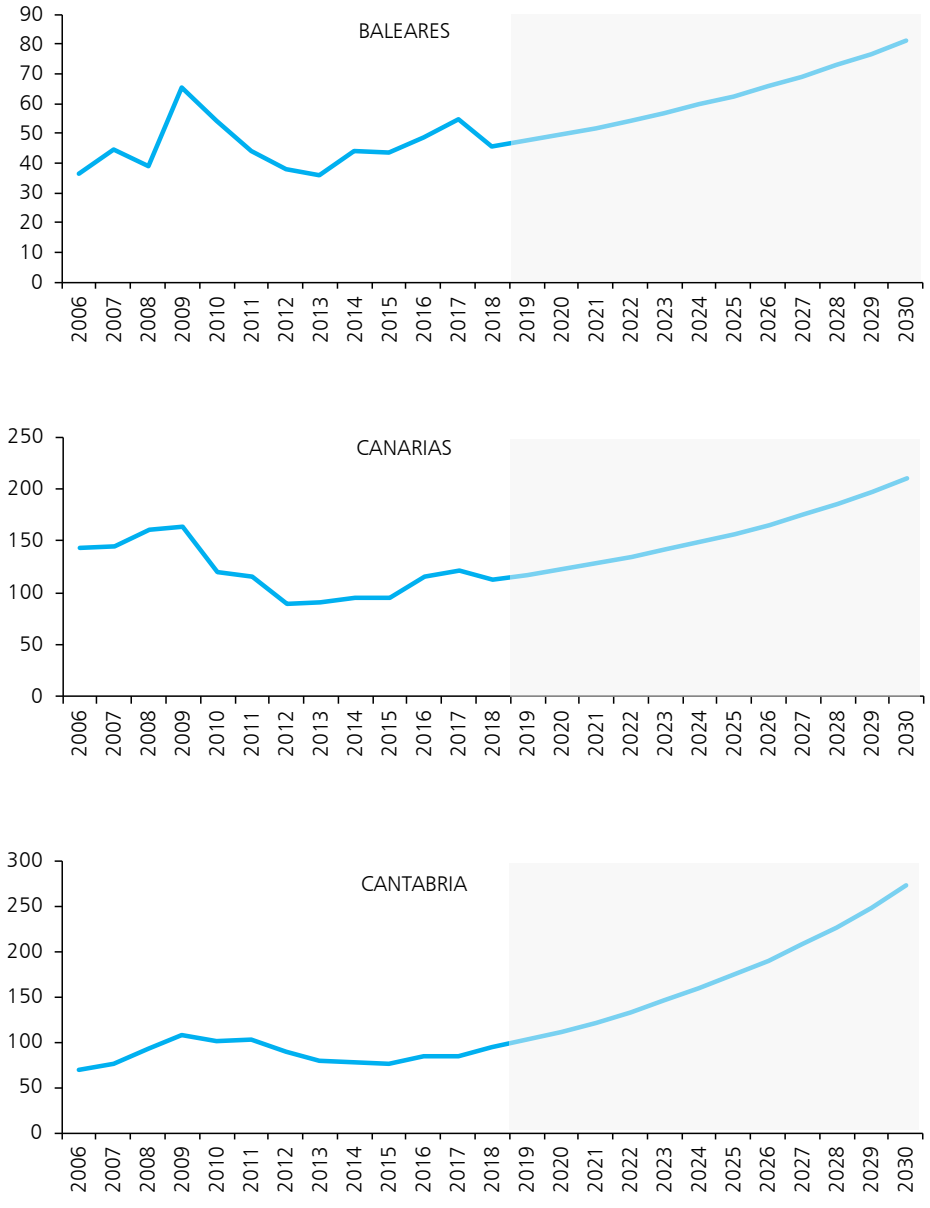
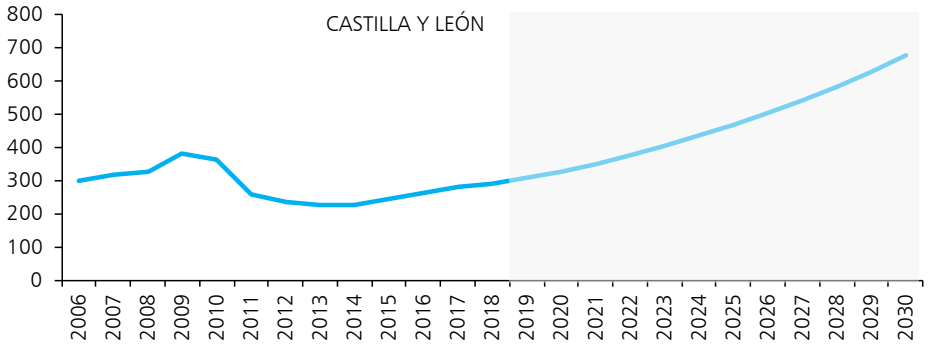
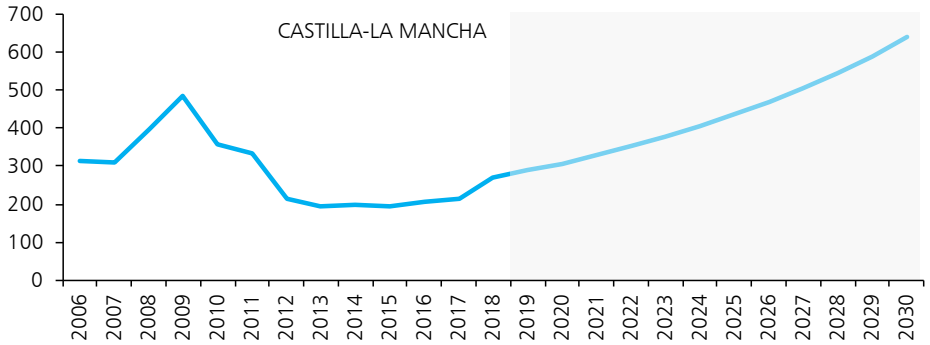


GRÁFICO 3.38. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES (Millones de euros corrientes)





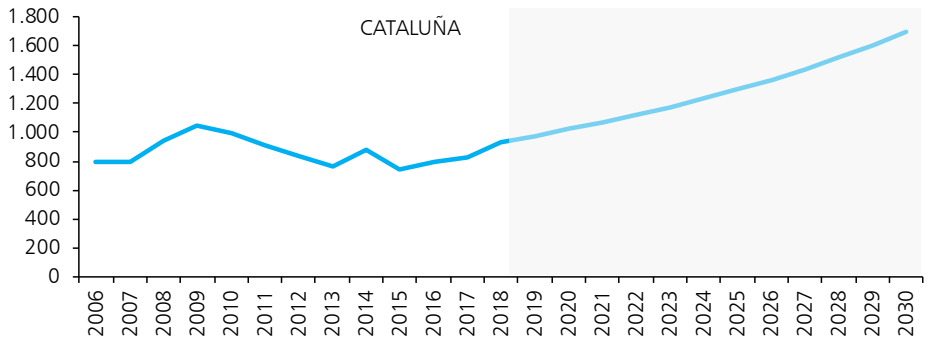


GRÁFICO 3.38. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES (Millones de euros corrientes)

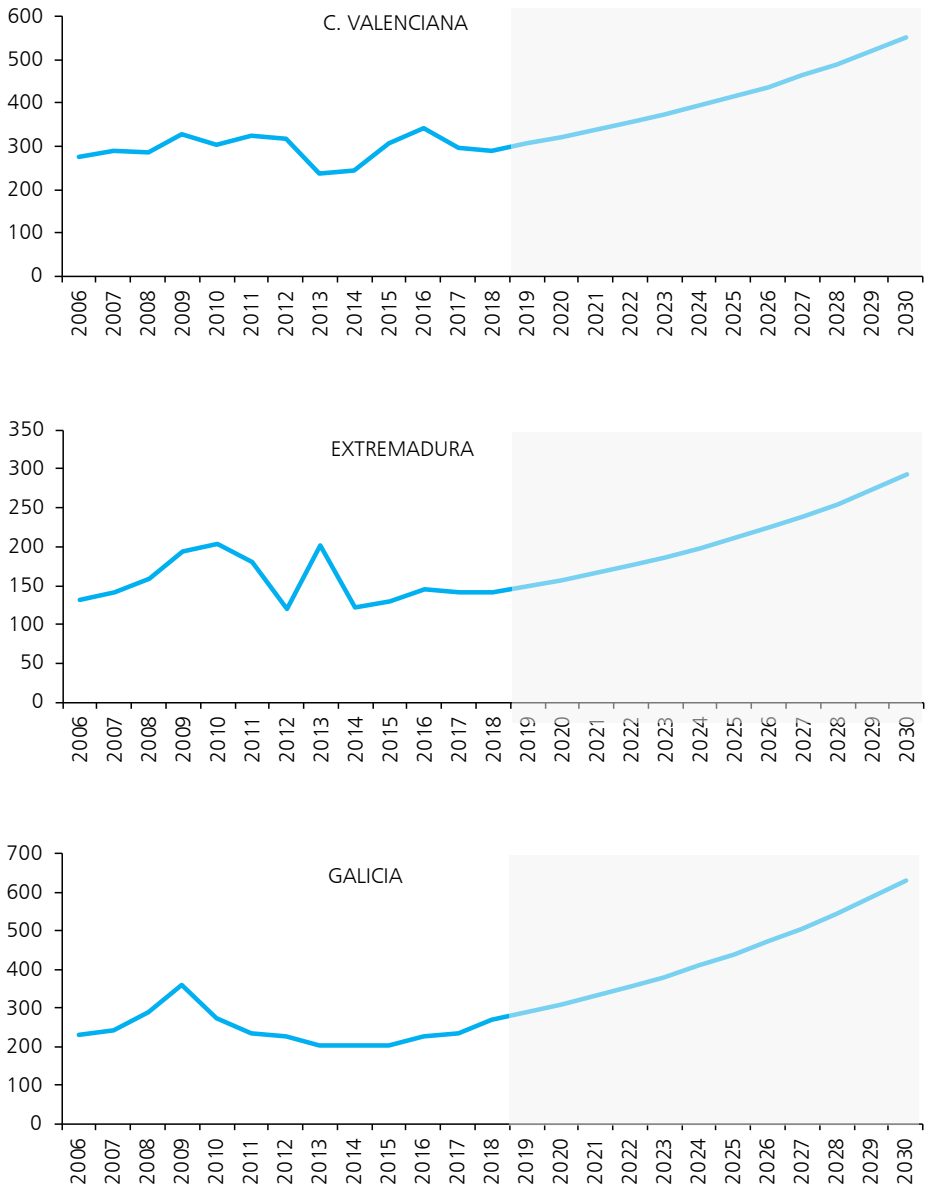
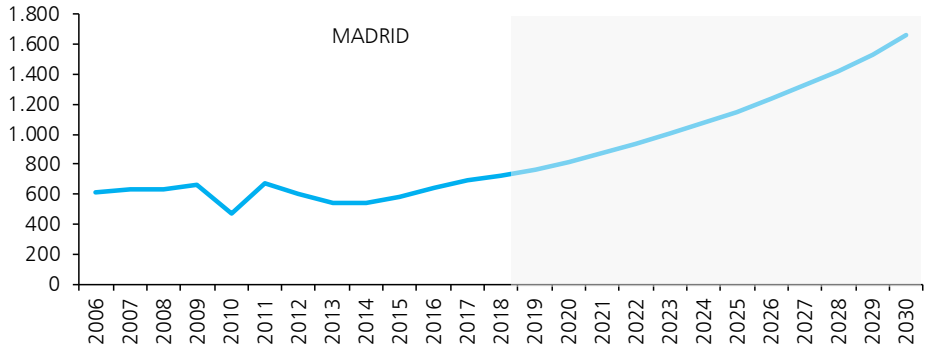
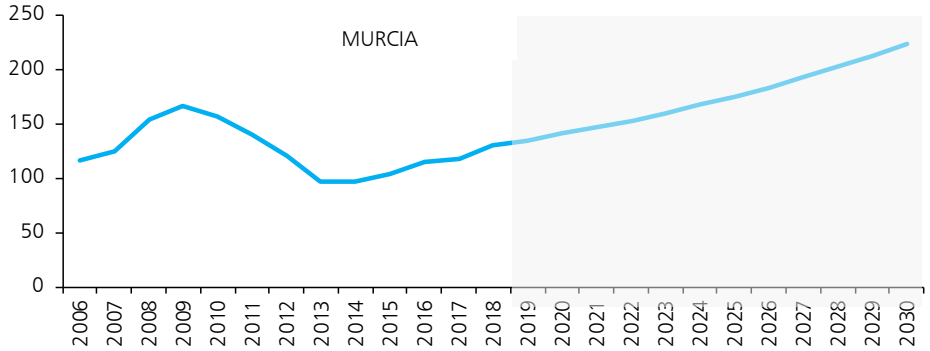


GRÁFICO 3.38. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES (Millones de euros corrientes)





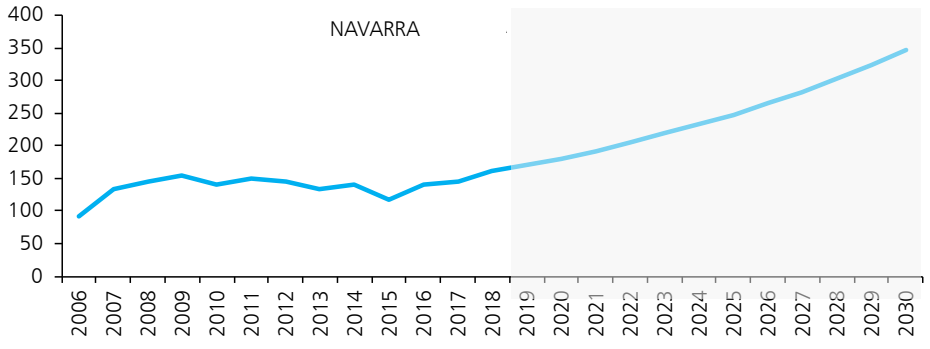
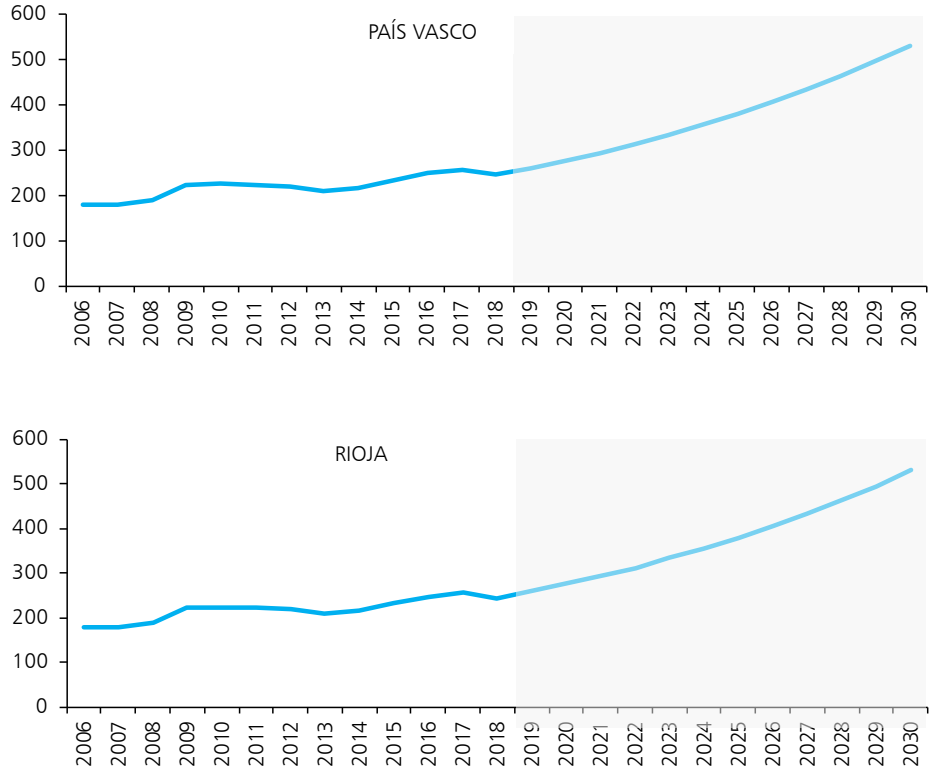


GRÁFICO 3.38. *(continuación)*

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROSPECTIVA DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES (Millones de euros corrientes)



Fuente: Afi.

Capítulo 4

CONCLUSIONES SOBRE LA SOSTENIBILIDAD FISCAL DEL GASTO AUTONÓMICO SOCIAL: ESCENARIO BASE Y COMPLEMENTARIOS

El objetivo principal planteado con este estudio es estimar el impacto diferencial de las previsiones demográficas de las comunidades autónomas hasta 2030 sobre el gasto social de su competencia, principalmente sanidad, educación y servicios sociales, con detalle de los relacionados con la dependencia. Esta fase del proyecto se ha basado en la metodología expuesta en el capítulo 3, donde se han obtenido las proyecciones de gasto por cada servicio y cada comunidad autónoma. Esto ha permitido evidenciar en qué medida la evolución de la población, y en concreto los dos principales fenómenos que van a caracterizar la estructura demográfica de las comunidades autónomas en los próximos años –envejecimiento y baja tasa de natalidad– van a impactar en el gasto de los servicios públicos fundamentales de forma separada. Por otra parte, en línea con las conclusiones evidenciadas en el epígrafe 3.5. sobre servicios sociales distintos de la dependencia, con una evolución del gasto asociado ligado principalmente a la productividad y la tasa de paro de larga duración, se ha optado por incorporar las proyecciones de este gasto en el escenario complementario y no en el escenario base, explicado únicamente por factores demográficos.

La principal conclusión que se deduce del capítulo 3 en el contexto prepandemia es que la presión sobre el gasto público se concentra en el gasto sanitario y en particular en aquellas comunidades donde los tramos de edad superior a 65 años van a registrar un mayor incremento en términos absolutos (Canarias, Baleares, Madrid, Cataluña y Valencia)

En este punto, hemos agrupado las proyecciones de los cuatro servicios seleccionados (habiendo diferenciado los servicios de dependencia del resto de servicios sociales) bajo el escenario estrictamente demográfico y se han evaluado desde las siguientes perspectivas:

1. Crecimiento de las necesidades de gasto social autonómico inducidas exclusivamente por la evolución demográfica entre 2017 (último dato disponible en términos generales) y 2030, diferenciando por servicios y comunidades[172], y su contraste con las necesidades identificadas con los escenarios complementarios que se han definido.

[172] Ver proyecciones resultantes de gasto social en escenario base en Anexo I.

2. Enfoque de sostenibilidad del gasto bajo distintos indicadores:

   i) variación anual prevista del gasto social autonómico versus previsiones de evolución de la regla de gasto y del gasto no financiero con cumplimiento de las reglas fiscales vigentes[173],

   ii) evolución del peso sobre PIB en términos reales,

   iii) peso relativo sobre gastos no financieros previstos – con cumplimiento de reglas fiscales ("posible efecto desplazamiento sobre otro tipo de gastos"[174]).

   Se asumen para este análisis las previsiones de PIB nominal y real que se han aplicado en el capítulo 1, que sitúan el crecimiento del PIB real en el 1,8% constante a partir de 2021. Recordemos que las previsiones del escenario base se han realizado bajo el supuesto de precios constantes (junto con otros factores) y, por tanto, se han mantenido las curvas de gasto per cápita fijas para todo el periodo. En todos los casos, se evalúan las diferencias de impacto entre comunidades autónomas para verificar en qué medidas unas u otras se verán más presionadas por este factor.

Los resultados de las proyecciones en el escenario demográfico[175] anticipan un crecimiento del gasto inducido exclusivamente por las perspectivas demográficas de unos 14.371 millones de euros entre 2017 y 2030. Este incremento proyectado del gasto se explica en su mayor parte (94%) por la evolución del gasto sanitario bajo la hipótesis de que sólo varía la población –unos 13.512 millones de euros adicionales al gasto contabilizado en 2017–. El incremento restante corresponde a la evolución prevista de los gastos en dependencia siguiendo el escenario base descrito en el capítulo 3 bajo la hipótesis de que el ritmo de implantación del SAAD no mejora –se mantienen las tasas de limbo y el gasto promedio asignado por dependiente[176]. En contraste, la evolución prevista del gasto en educación como consecuencia de las previsiones demográficas –manteniendo, como hipótesis, el gasto por alumno en el mismo nivel– generará un ahorro moderado, de unos 430 millones en el conjunto autonómico.

Las proyecciones avanzan un crecimiento anual medio esperado exclusivamente por el factor demográfico del 0,8%. Las comunidades que se sitúan en

[173] Principalmente regla de gasto y objetivo de déficit (revisar capítulo I).

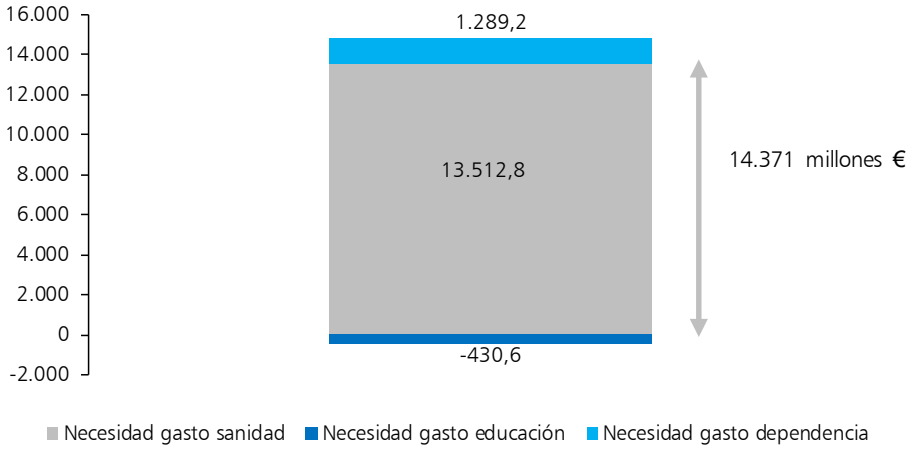
[174] Aplicaremos este indicador al escenario complementario.

[175] Recuérdese que excluimos del escenario base la proyección del gasto en "otros servicios sociales".

[176] Recordemos que la estimación se ha realizado en relación con el gasto neto que supone para las comunidades autónomas, esto es, descontando el nivel mínimo aportado por el Estado y el copago.

GRÁFICO 4.1.

INCREMENTO DEL GASTO SOCIAL PREVISTO ENTRE 2017 Y 2030 SOLO POR FACTORES DEMOGRÁFICOS (RESTO DE FACTORES CONSTANTES), DESGLOSADO POR SERVICIOS



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 4.2.

VARIACIÓN ANUAL MEDIA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL GASTO SOCIAL EXPLICADO POR FACTOR DEMOGRÁFICO (Porcentaje)

	Var. Anual media 2030-2018
Baleares	1,7
Canarias	1,5
Madrid	1,4
Cataluña	1,0
Murcia	1,0
Navarra	0,9
C. Valenciana	0,9
Total CC.AA.	0,8
País Vasco	0,7
Andalucia	0,7
La Rioja	0,5
Aragon	0,5
Cantabria	0,4
Castilla-La Mancha	0,2
Galicia	0,2
Asturias	0,1
Extremadura	0,0
Castillla y León	0,0

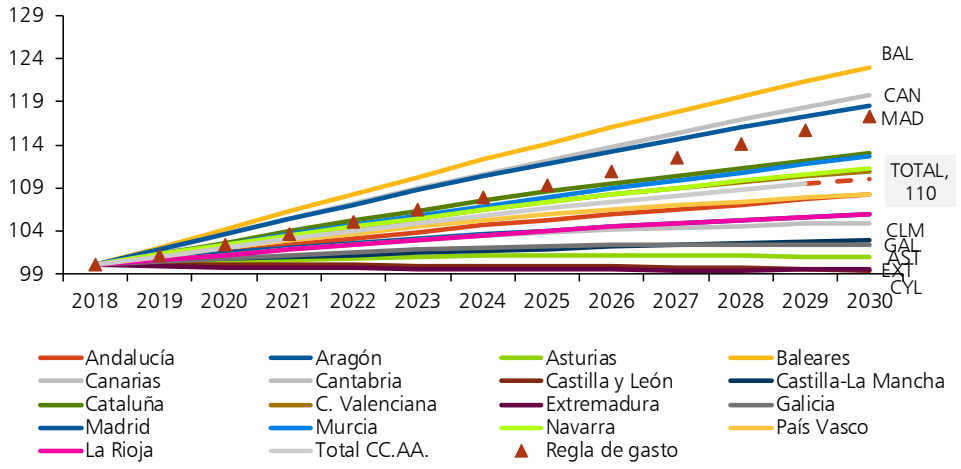
Fuente: Elaboración propia.

línea o por encima de este promedio son Valencia y Navarra, con 0,9%, Murcia y Cataluña (1%), y en el extremo superior, se sitúan Madrid (1,4%), Canarias (1,5%) y Baleares (1,7%).

La demografía tendrá por tanto un impacto positivo sobre el gasto social, donde la mayor presión que va a ejercer el gasto sanitario en este sentido con respecto al periodo anterior (ver epígrafe 3.1.) superará el efecto contrario que la demografía va a generar sobre el gasto educativo (de mantenerse constante el gasto por alumno en el periodo de referencia). El gráfico 4.3. refuerza la diferenciación en la presión de este factor sobre el gasto social por comunidades autónomas y sitúa el nivel de gasto social en 2030 en diez puntos por encima del estimado para 2018.

GRÁFICO 4.3.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL AUTONÓMICO PROYECTADA PARA 2018-2030. ESCENARIO BASE. BASE 100=2018



Fuente: Elaboración propia.

Otra perspectiva añadida para evaluar la sostenibilidad del gasto social autonómico en el escenario base (estrictamente demográfico) es la comparación entre la variación interanual de dicho gasto y la regla de gasto según las previsiones de PIB potencial (sin tener en cuenta el deflactor PIB[177]) incluidas en nuestro escenario. Como puede advertirse en el cuadro 4.1. que teniendo en cuenta las previsiones demográficas sobre el gasto social, como único factor de

[177] Téngase en cuenta que en el escenario base la evolución del gasto se ha realizado en términos reales.

CUADRO 4.1.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL AUTONÓMICO PROYECTADO PARA 2019-2030. ESCENARIO BASE. VARIACIÓN INTERANUAL PREVISTA (RESULTADOS DE LAS CC. AA. Y AÑOS EN LOS QUE NO SE CUMPLE LA REGLA DE GASTO)

	2019	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*	*2026*	*2027*	*2028*	*2029*	*2030*
Andalucía	0,9	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9
Aragon	1,2	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Asturias	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Baleares	2,1	2,1	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5
Canarias	1,9	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4
Cantabria	1,0	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
Castilla y León	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Castilla-La Mancha	0,9	0,5	0,6	0,4	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7	0,7
Cataluña	1,6	1,5	1,5	1,3	1,3	1,3	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0
C. Valenciana	1,3	1,2	1,3	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Extremadura	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5
Galicia	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Madrid	2,1	1,9	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3
Murcia	1,5	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1
Navarra	1,6	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
País Vasco	1,2	1,1	1,1	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
La Rioja	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Total CC.AA.	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
Hp. regla de gasto	2,70	2,80	2,92	2,99	3,04	3,08	3,10	3,10	3,10	3,10	3,10	3,10
Hp. regla de gasto sin deflactor	*1,20*	*1,10*	*1,22*	*1,29*	*1,34*	*1,38*	*1,40*	*1,40*	*1,40*	*1,40*	*1,40*	*1,40*

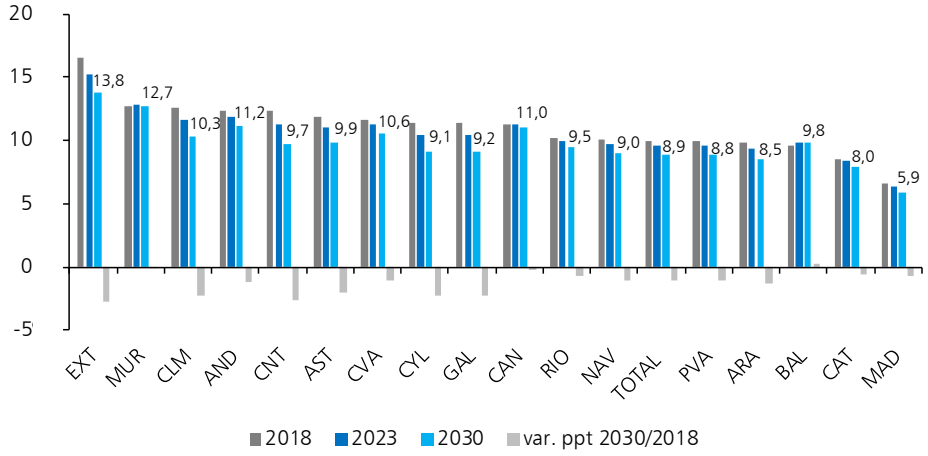
Nota: En gris comunidades y años en los que la evolución esperada del gasto social supera la regla de gasto. En azul, si superan la evolución del agregado.

Fuente: Elaboración propia.

evolución del gasto, se advierte que el riesgo de incumplimiento de la regla de gasto será elevado para las comunidades autónomas con mayor factor de envejecimiento demográfico futuro, precisamente las que hoy tienen menor tasa de envejecimiento: Baleares y Canarias, durante todo el periodo, Madrid, durante la mayor parte del periodo, y los primeros ejercicios, en Cataluña, Murcia y Navarra. En el resto de las comunidades, se verifica en cambio una mayor holgura para el cumplimiento con un margen entre cuatro décimas y un punto porcentual.

GRÁFICO 4.4.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL AUTONÓMICO PROYECTADA EN TÉRMINOS DE PIB REAL* EXCLUSIVAMENTE POR FACTOR DEMOGRÁFICO (ESCENARIO PIB PREPANDEMIA)



Nota: * Las previsiones de PIB real para el periodo 2019-2030 se han basado en la situación relativa del PIB real estimado para 2018 por comunidad autónoma (previsión Afi Research) y el mantenimiento de esta posición con respecto a las previsiones totales de PIB real para cada comunidad autónoma.

Fuente: Elaboración propia.

En términos de PIB real, en la mayor parte de las comunidades autónomas se reduciría el peso sobre PIB del gasto social si explicáramos la evolución exclusivamente por la previsión demográfica, si bien con muy distinta intensidad. En el extremo –con mayores caídas previstas– se encontrarían Extremadura, Cantabria, Castilla y León, Galicia y Castilla-La Mancha. Sin embargo, en Baleares (con previsión de incremento positivo), Murcia y Canarias donde apenas se modifica el peso del gasto social sobre PIB real por razones demográficas con relación a 2018.

De forma alternativa, recordemos que los propuestos recogen en alguna medida la variación de algún factor clave en la evolución del gasto o una implantación más amplia del servicio. En síntesis, estos incorporan:

1. La tecnología como un factor adicional de variación del gasto sanitario con una evolución alineada con las evidencias recogidas tanto en la literatura como en los resultados de nuestro modelo de prospección aplicado a ejercicios anteriores.

2. La elevación de la escala de la curva de gasto per cápita educativo por tramo de edad para todos los niveles educativos, con el resto de los factores constantes.

3. Una implantación más amplia del sistema para la autonomía y apoyo a la dependencia que incluye la eliminación del limbo y liga la evolución del gasto por atendido al IPC.

Los resultados del escenario final prepandemia, más próximo a una evolución esperable del gasto social por integrar factores adicionales de evolución[178], ponen de manifiesto una presión superior sobre el gasto social autonómico. *A priori*, las necesidades de gasto se elevarían hasta los 35.837 millones entre 2017 y 2030, casi dos veces y media el previsto si consideramos solo la variación del factor demográfico. En este caso, el 62% del total del incremento de gasto previsto se explica por sanidad. El incremento restante previsto está bastante repartido entre "otros servicios sociales"[179] (15%), educación (12%) y dependencia (10%).

Con este escenario se prevé un incremento medio anual del 2,1% para el conjunto autonómico que se agudiza en las comunidades donde más aumento de prevé en el número de mayores, como Baleares, Madrid, y Canarias. Cataluña, Cantabria[180], Navarra y Murcia, con ratios en los tres primeros superiores al 2% de promedio anual.

---

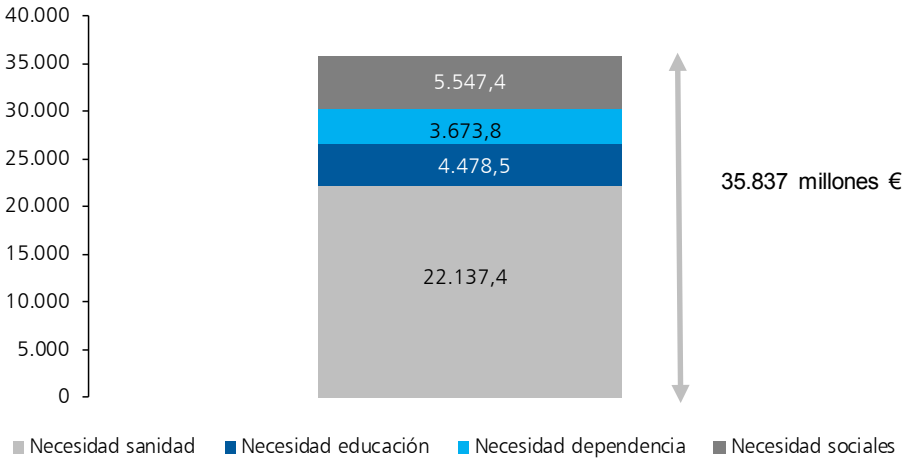
[178] No obstante, deja fuera algunos que pueden ser muy relevantes: como la recuperación de coberturas previas a la crisis en gasto sanitario, ampliación de cartera de servicios, variación en los costes "hosteleros" vinculados a las estancias hospitalarias, inflación de precios de los insumos sanitarios, evolución del coste de dispersión en la prestación de servicios –balance entre posible mayor dispersión de la población en núcleo más dispersos y mejoras por la incorporación de avances tecnológicos–, mayor orientación hacia la formación secundaria ocupacional, incremento de las solicitudes de acceso al SAAD inducidas por mejores prestaciones y mayor implantación, etc.

[179] Recordemos nuestro modelo asigna a la productividad uno de los principales factores de crecimiento y el escenario macroeconómico se basa en una previsión de crecimiento sostenido del PIB nominal en torno al 3,5%.

[180] En este caso la evolución prevista del PIB nominal por su influencia en la evolución del gasto en otros servicios sociales tiene un peso superior que la evolución demográfica. Conviene recordar que se ha mantenido el posicionamiento previsto de cada comunidad con respecto al crecimiento estimado para 2018 del conjunto para todo el periodo.

GRÁFICO 4.5.

INCREMENTO DEL GASTO SOCIAL PREVISTO ENTRE 2017 Y 2030 EN ESCENARIO COMPLEMENTARIO, DESGLOSADO POR SERVICIOS (ESCENARIO FINAL PREPANDEMIA)



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 4.6.

VARIACIÓN ANUAL MEDIA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL GASTO SOCIAL EN ESCENARIO COMPLEMENTARIO (PORCENTAJE. ESCENARIO FINAL PREPANDEMIA)

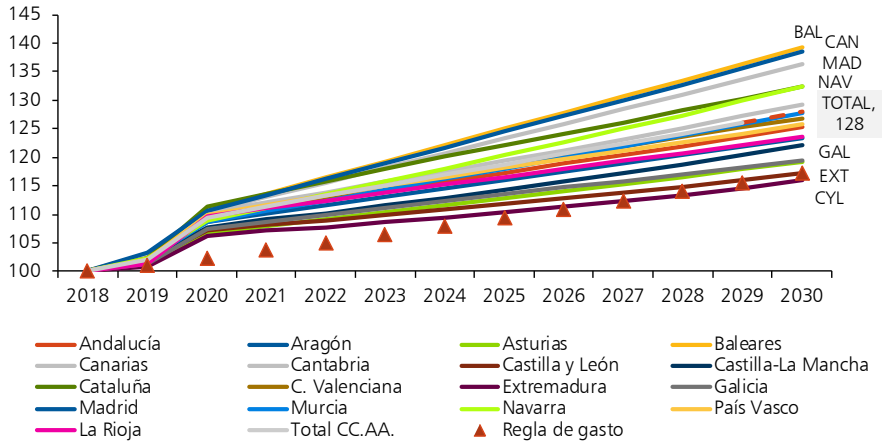
	Var. Anual media 2030-2018
Baleares	2,8
Madrid	2,7
Canarias	2,6
Navarra	2,4
Cataluña	2,4
Cantabria	2,2
Total CC.AA.	2,1
Murcia	2,1
C. Valenciana	2,0
País Vasco	1,9
Andalucia	1,9
Rioja	1,8
Aragon	1,8
Castilla-La Mancha	1,7
Galicia	1,5
Asturias	1,5
Castillla y León	1,3
Extremadura	1,2

Fuente: Elaboración propia.

El salto que se registra en 2020 se explica por los supuestos adoptados con repercusión directa en la elevación del gasto público social en ese ejercicio: eliminación de limbo en dependencia y adopción de supuesto de incremento de los reconocidos al ritmo de septiembre de 2019, y elevación del gasto educativo con objeto de acercar la media de gasto público por estudiante al referente europeo. Estas hipótesis implican que, en dicho ejercicio, la variación del gasto social superaría con creces la tasa de referencia de la regla de gasto.

GRÁFICO 4.7.

EVOLUCIÓN PROYECTADA DEL GASTO SOCIAL AUTONÓMICO EN EL ESCENARIO COMPLEMENTARIO
(Año base 100=2018)



Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, se infiere de este ejercicio que cualquier medida en cualquiera de los servicios fundamentales objeto de análisis que implique un cambio relevante en la cobertura del servicio es susceptible de provocar la quiebra de la regla de gasto. La alternativa es que este tipo de medidas se aplique de forma muy progresiva en el tiempo, o bien, que en los ejercicios de adopción de la medida, se aprueben –como prevé la norma– ingresos específicos asociados a la medida[181].

No obstante, tanto el gráfico 4.5. como el cuadro 4.2. permiten anticipar que una vez superado 2020 (ejercicio en el que se supone la adopción de distintas medidas de incremento de gasto social) el gasto social únicamente afectado por la tecnología sanitaria y la evolución demográfica, tampoco se ajustaría a

[181] O aplicar una excepción normativa en la aplicación por razones especiales de interés social.

la regla de gasto en términos reales o lo haría de forma muy ajustada. Como puede advertirse en el gráfico 4.5. la hipotética senda de evolución del gasto social autonómico de haberse ajustado cada año a la regla de gasto real se situaría muy por debajo de la evolución del agregado prevista con escenarios complementarios.

No obstante, debemos recordar que tanto el escenario base como el complementario se ha realizado con una previsión de PIB nominal (a medio plazo) que supera el 3%. Con este crecimiento, el gasto social autonómico no ejercería una presión adicional con respecto a la que ya registra sobre el total de gasto no financiero, incluso se infiere que la evolución estrictamente demográfica deja margen suficiente para la evolución por otros factores determinantes. Sin embargo, si el crecimiento nominal se sitúa por debajo del 2%, las proyecciones de gasto social provocan una presión progresiva sobre la senda de gasto no financiero total que implicaría un efecto desplazamiento de otros gastos distintos de los servicios públicos fundamentales, comprometiendo en definitiva, la sostenibilidad del mismo.

CUADRO 4.2.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL AUTONÓMICO PROYECTADA VARIACIÓN INTERANUAL % (ESCENARIO COMPLEMENTARIO, RESALTADOS LAS CC. AA. Y AÑOS EN LOS QUE NO SE CUMPLE LA REGLA DE GASTO. ESCENARIO PREPANDEMIA)

	2019	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*	*2026*	*2027*	*2028*	*2029*	*2030*
Andalucía	1,7	7,8	1,5	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Aragón	2,3	6,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Asturias	1,1	5,6	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
Balears	3,0	7,4	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1
Canarias	2,6	7,6	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0
Cantabria	1,9	8,0	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0
Castilla y León	1,9	5,1	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Castilla-La Mancha	1,9	5,7	1,1	0,9	1,0	1,1	1,0	1,1	1,0	1,1	1,2	,12
Cataluña	2,4	8,8	2,0	1,8	1,8	1,8	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5
C. Valenciana	2,4	7,0	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3
Extremadura	1,0	5,3	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0
Galicia	1,4	5,9	1,1	1,0	0,6	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Madrid	3,1	7,1	2,4	2,2	2,2	2,2	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8
Murcia	2,0	6,5	1,8	1,7	1,7	1,7	1,6	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6
Navarra	2,1	6,5	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
País Vasco	2,0	7,6	1,5	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0
La Rioja	1,5	8,1	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Total CC.AA.	2,2	7,2	1,7	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Hp. Regla de gasto	2,70	2,80	2,92	2,99	3,04	3,08	3,10	3,10	3,10	3,10	3,10	3,10
Hp. Regla de gasto sin deflactor	1,2	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4

Fuente: Elaboración propia.

En definitiva, las conclusiones del estudio se pueden concretar en los siguientes puntos:

1. En términos agregados, la presión demográfica por sí sola (escenario base) no pone en riesgo la sostenibilidad del gasto social autonómico atendiendo a la regla fiscal vigente ("regla de gasto"), a excepción de los primeros años del periodo, hasta 2022, en el que se obtienen resultados más ajustados.

2. En el mismo escenario base, el análisis por comunidades, advierte una significativa dificultad para el cumplimiento de dicha regla fiscal en las comunidades con mayor riesgo de envejecimiento futuro sobre el gasto, como Baleares, Canarias y Madrid, y a cierta distancia Cataluña y Valencia. Las causas se explican principalmente por la previsión que hace el INE de crecimiento de su población de mayor edad, por ser el tramo con mayor gasto per cápita y el que demanda más servicios sanitarios y de dependencia.

3. Las necesidades de gasto social autonómico que se infieren de la evolución demográfica en sentido estricto alcanzan los 14.371[182] millones según nuestros cálculos hasta 2030. La mayor parte del incremento de gasto se explica por el componente sanitario, mientras que el gasto educativo contribuye muy parcialmente a reducir dichas necesidades. Esto implica un incremento interanual medio del 0,8% en el agregado, que sin embargo registra una amplia variabilidad entre el 1,7% medio de Baleares y el 0,0% de Castilla y León.

4. En el escenario complementario, que hemos considerado el escenario final prepandemia, teniendo en cuenta otros potenciales factores de crecimiento del gasto adicional al demográfico, las necesidades de gasto se duplican hasta unos 35.837 millones de euros. Las tasas de crecimiento interanual en este caso también elevan la escala situándose en una horquilla entre el 2,8% máximo y el 1,2% mínimo. El crecimiento medio anual del agregado sería del 2,1%.

5. En dicho escenario complementario, más realista, teniendo en cuenta otros potenciales factores de gasto adicional al demográfico, como la tecnología sanitaria, la adecuación del nivel de gasto per cápita educativo al referente europeo, y la eliminación de la tasa de limbo en el sistema de dependencia, las previsiones de evolución del gasto social quiebran con mayor claridad la regla de gasto *en términos agregados.* En el año que se adoptan mayoritariamente las medidas (2020) se pro-

[182] No se incluyen las proyecciones estimadas para "otros servicios sociales".

duce un incremento excepcional, muy por encima de la regla de gasto prevista, mientras que en los ejercicios sucesivos el diferencial tiende a caer hasta llegar a un cumplimiento más ajustado en los últimos cuatro años del periodo. Sin embargo, el análisis individual refleja dos grupos de CC.AA. claramente diferenciados y afectados de distinto modo por el factor demográfico, los que transgredirían con claridad la regla fiscal (mayor presión demográfica) y los que tendrían margen para realizar dichos cambios con menor riesgo de trasgresión.

6. La evolución demográfica prevista como factor exclusivo de variación del gasto educativo perfila una trayectoria a medio plazo de claro descenso con respecto al nivel previsiblemente alcanzado en 2018. Incluso si se llevan a cabo medidas correctoras al alza para situar el gasto en España en sintonía con las medias internacionales, el gasto volvería a moderarse en la mayor parte de comunidades autónomas.

Asimismo, deben tenerse en cuenta las siguientes limitaciones que se han encontrado en la elaboración del proyecto:

1. El escenario propuesto comprende el periodo 2018-2030. El periodo se ha fijado en función de la disponibilidad de las proyecciones de población que publica el INE por comunidades autónomas. De estar disponibles proyecciones a mayor plazo sería interesante aplicar una mayor extensión del plazo. Téngase en cuenta que la generación del *baby boom* todavía no forma parte de los tramos de población con edad superior a 65 años hasta después de 2030. Por lo tanto, las previsiones de presión sobre el gasto podrían verse significativamente alteradas, siendo claramente superiores a partir de ese momento.

2. Dificultades en la disponibilidad de información de detalle clave para la realización de las proyecciones que abarcan a todos los servicios fundamentales seleccionados.

    a. En sanidad, se pusieron de manifiesto necesidades de mejor información en materia de consumo de productos farmacéuticos por edades y en atención primaria preferentemente[183]. Por otra parte, las estimaciones de coste en gasto especializado y hospitalario se utilizaron para realizar las previsiones de evolución del nivel de gasto, aplicándose éstas al gasto efectivamente realizado en 2017 en esta categoría. Por tanto, para cada comunidad autónoma se ha par-

[183] Recordemos que no se disponen de datos publicados de gestión sanitaria sobre coste medio de las unidades de atención (consultas), por lo que se realizaron distintas estimaciones a partir de tarifas publicadas y frecuentación.

tido del gasto incurrido y se ha hecho evolucionar a la previsión de aumento de costes basándonos en el factor exclusivamente demográfico. Por ejemplo, un factor que tradicionalmente puede contribuir a incrementar el coste unitario que no se ha incorporado en las previsiones a medio plazo es la previsión futura sobre el coste de la dispersión en la prestación del servicio[184]. No se ha valorado si los incrementos de población mayor en las distintas comunidades previstos hasta 2030 van a coincidir o no con una mayor dispersión de la misma (concentración en núcleos urbanos más dispersos) o bien, se fuera a producir el proceso contrario.

b. En educación, las limitaciones informativas en la enseñanza no universitaria han determinado que se tuviéramos que utilizar una curva per cápita común para todas las comunidades autónomas. El detalle de "prevalencia educativa" por edad, esto es, número de matriculados en cada nivel educativo por edad concreta sólo está publicado para el total nacional, sin disponer de desglose por comunidad autónoma. Dado que es la base de la metodología propuesta para el cálculo de proyecciones se ha utilizado dicha curva común, aunque posteriormente se ha ajustado con respecto al gasto efectivamente realizado por cada una de ellas.

c. En dependencia, se demanda más información sobre el coste efectivo público de la dependencia. En este sentido, hubiera sido deseable contar con el detalle del gasto neto en cada comunidad autónoma por atendido según grado de dependencia. Como alternativa se ha utilizado el gasto promedio por atendido sin distinción de grado de dependencia (de moderado a muy severo).

[184] En principio al tomar como punto de partida el gasto efectivamente realizado, se están incluyendo los costes específicos que pueden considerarse fijos motivados por la dispersión como por ejemplo, el transporte sanitario o el mantenimiento de centros de prestación dispersos. Otra cuestión es que la evolución de dicho gasto no incorpora si el coste por dispersión va a incrementarse o, incluso, podría reducirse de aplicarse nuevas tecnologías en este sentido.

Capítulo 5

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 SOBRE EL NIVEL DE GASTO PÚBLICO SOCIAL AUTONÓMICO EN EL MEDIO Y LARGO PLAZO

Como se advirtió en la introducción, la finalización del presente informe coincidió con la irrupción de la pandemia de la COVID-19. En un primer momento podía pensarse que el impacto de este *shock* sobre el gasto social podía ser coyuntural. Pero la duración y los efectos de esta emergencia sanitaria se van a prolongar en el tiempo de modo que se hace necesario dedicar un apartado específico sobre el nuevo horizonte de gasto social bajo este nuevo contexto. No obstante, a diferencia de los capítulos anteriores hemos planteado la estimación de las proyecciones de gasto social autonómico hasta 2030, desde un punto de vista agregado, sin incluir el detalle de la diferenciación territorial.

En este nuevo entorno, todos los actores implicados en los servicios públicos esenciales, desde las instituciones públicas a profesionales, ciudadanos, proveedores y asociaciones con interés en los distintos sectores implicados (sanidad, educación, social, etc.), coinciden en la necesidad de replantear los modelos vigentes de prestación y los niveles adecuados de gasto público social.

En primer lugar, es evidente que la continuidad de la emergencia sanitaria sigue poniendo el foco en la presión que soportan los servicios sanitarios. Como ha alertado la Comisión Europea (CE), hasta ahora el sistema sanitario español venía ofreciendo buenos resultados con un nivel relativamente bajo de inversiones[185]. Sin embargo, el estallido de la pandemia ha puesto de manifiesto su vulnerabilidad ante episodios de crisis como consecuencia de los problemas estructurales que arrastra. La CE señala estas debilidades y apunta, tanto a las deficiencias de la inversión en infraestructuras físicas, como a la política de recursos humanos. Durante la primera ola de la pandemia, la presión sobre los trabajadores sanitarios se concentró en el ámbito hospitalario. El estrés al que ha sido sometido el sistema ha evidenciado que los hospitales no estaban diseñados para hacer frente a un *shock* de estas características con su capacidad habitual, ni con las infraestructuras disponibles, ni por su capacidad de producción.

Pero también este contexto de emergencia sanitaria ha servido para poner en valor la misión hospitalaria y mostrar las fortalezas del SNS relativas a la gestión de su capacidad, al liderazgo clínico y a la adaptación de las organizaciones

[185] Council Recommendation on the 2020 National Reform Programme of Spain and delivering a Council opinion on the 2020 Stability Programme of Spain. 20 /5/ 2020.

sanitarias para modificar sus rutinas, circuitos y protocolos. Una gran cantidad de medidas dirigidas a la flexibilidad y versatilidad de los recursos disponibles se han llevado a cabo en un periodo muy breve de tiempo. Estas capacidades han sido especialmente útiles para la reorganización de la atención de los pacientes y la adopción de decisiones sobre la aplicación de soluciones disponibles pendientes todavía de aprobación, así como innovaciones organizativas, tecnológicas y nuevas formas de cooperación[186].

Con la necesidad de poner en marcha de forma urgente los protocolos de rastreo, diagnóstico y seguimiento, la Atención Primaria (AP) se ha encontrado en una situación de debilidad con unos recursos muy ajustados para la actividad que venían desarrollando —con una pérdida de peso presupuestario progresiva— y un desgaste en su atractivo como destino de los profesionales. Llegado a este punto, es acuciante adoptar una reforma ambiciosa, especialmente en cuanto a su conectividad con otras áreas asistenciales, hospitalaria y socio sanitaria. La apuesta por una estrategia de coordinación entre AH, SP y AP va a constituir precisamente uno de los principales retos del SNS a medio plazo, con el objetivo de limitar el impacto de la actual pandemia y prepararnos mejor para futuros *shocks* similares.

Si bien es cierto que la mayor parte de los países de la UE no estaban preparados para enfrentarse a un *shock* de este alcance, en el caso español la recuperación del nivel de gasto per cápita iniciada en 2015, tras la crisis de ejercicios anteriores, ha sido muy lenta, situando al sistema en una posición muy ajustada para hacer frente a una situación excepcional. No obstante, un incremento *per sé* de los niveles de gasto no es suficiente para generar los impactos deseados en términos de valor; es necesario incorporar avances en eficiencia operativa, esto es, mejoras organizativas y de gestión para lograr mayor valor asociada a la inversión. Muchos países del entorno (Reino Unido, Francia, Suiza, etc.) han puesto en marcha iniciativas de reforma interesantes en los últimos años en respuesta a la presión demográfica, la innovación acelerada y transición digital.

Uno de los ámbitos en los que se identifica mayor margen de mejora organizativa es en la actividad especializada a través de la reordenación y concentración, garantizando la equidad en la atención. El patrón común es concentrar la actividad a través de umbrales mínimos como criterio de planificación, aplicándose tanto a la asistencia altamente especializada, que logra mejores resultados cuanta más experiencia acumulan los centros, y a los recursos tecnológicos de

[186] Antares Consulting, Enero 2020, *Sistemas sanitarios europeos en transformación. Ideas para impulsar un cambio en España*.

alto nivel y coste –limitando la infrautilización de los equipos de alta tecnología–[187]. Los cambios que se introduzcan deberán seguir garantizando la cobertura en todo el territorio nacional y la atención equitativa a todos los pacientes con independencia de donde residan. Señalar entre las experiencias de referencia: la planificación a nivel federal de la medicina altamente especializada en Suiza, la organización de la atención de determinadas líneas de servicios de pacientes no complejos y la concentración de la atención de patologías raras y complejas en el National Health Service (NHS) de Reino Unido. En España, el proyecto de designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS, con el objetivo de regular una parte de la actividad de referencia, está avanzando en este camino aunque debe seguir progresando en planificación, ordenación y concentración de la actividad altamente especializada[188].

Las experiencias de reforma de los países con nivel socioeconómico igual o superior, basados en sistemas de salud de cobertura o regulación pública, deben integrarse en cualquier reflexión sobre posibles reformas en el SNS. Y en paralelo, es necesario facilitar la difusión primero, y la escalabilidad después, de los proyectos autonómicos innovadores

También es ahora el momento oportuno para avanzar en la evaluación de las intervenciones, programas y política públicas. Los expertos aconsejan la configuración de una agencia independiente de evaluación de tecnologías con capacidad de decisión. Más que nunca es necesario evaluar el gasto público para optimizar el rendimiento de todos los recursos que se inviertan.

En este contexto, es de esperar reivindicaciones y respuestas por parte de todos los agentes participantes en los procesos sanitarios para resolver estas disfunciones estructurales. Es previsible que el impacto sobre el gasto no se limite a una inyección puntual de recursos en los años de mayor incidencia de la pandemia, sino que será ineludible su consolidación en el medio plazo para recuperar la actividad prepandemia con un nivel adecuado de calidad y, a su vez enfrentarse mejor a nuevas emergencias futuras.

Pero el impacto de la pandemia se ha extendido más allá de los servicios sanitarios, precipitando mayores necesidades de inversión y de nuevas estrategias/cambios en los modelos de prestación del resto de servicios esenciales, como ya se venía demandado. Por la vulnerabilidad de la población usuaria y por la suspensión parcial del SAAD (y ajustes aplicados) desde 2012, los servi-

[187] Como se evidenció en el reciente informe de evaluación de la AIReF.

[188] En particular en actividades complejas y que requieren alta tecnificación y expertise profesional y en aquellas no excesivamente complejas que requieren un mínimo de actividad para asegurar resultados adecuados.

cios de dependencia han constatado carencias significativas en la dotación de gasto público. El nivel de gasto público sobre PIB, tan distanciado de los países de referencia y de la media de la OCDE[189], ya de por sí advierte de esta fragilidad del sistema. La adecuación de la oferta de servicios a la demanda efectiva, en particular residenciales, la necesidad de eliminar el limbo en el acceso a las prestaciones del SAAD, las recomendaciones sobre la mejora de la coordinación entre servicios asistenciales y sanitarios o la reflexión que debe hacerse a nivel global sobre la medicalización o no de los servicios residenciales, son algunas de las preocupaciones que ya formaban parte de la agenda de las comunidades autónomas, como administración competente, del Estado y de todos los actores públicos y privados que interaccionan con el sistema.

La pandemia también ha provocado nuevas necesidades de gasto educativo a consecuencia del confinamiento y las restricciones aplicadas a la convivencia habitual para evitar los contagios. La habilitación de nuevos espacios educativos en los centros, la contratación de nuevo profesorado para permitir el descenso de las ratios o los nuevos requerimientos de desinfección y limpieza, son algunos de los factores que tienen un impacto directo en el nivel de gasto educativo. Por otra parte, la educación telemática y semipresencial ha demostrado su insuficiente desarrollo en el caso español[190], tanto en medios como en la adecuada formación de todos los actores implicados, para que sea capaz de suplir con una mínima calidad la paralización total o parcial de las clases presenciales por las restricciones impuestas.

Por último, y no menor, los "otros servicios sociales" que se han estudiado también en los apartados previos de este informe, especialmente los programas de rentas para colectivos vulnerables, van a ser revisados por las comunidades autónomas, y en función de los recursos disponibles se mantendrán o incluso revitalizarán para llegar a una mayor población vulnerable tras la pandemia.

Los posibles impactos a medio plazo de la pandemia sobre los servicios esenciales van a materializarse a través de cuatro ámbitos transversales sobre los que se va a concentrar la demanda de refuerzo en los próximos años:

a) El avance en la digitalización de procesos, y la economía en su conjunto como queda recogido en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de la Economía española, que integra objetivos claros en el ámbito de la eSalud y la eEducación.

[189] Gráfico 2.23, pg. 85.

[190] Las diferencias de rentas han implicado un acceso desigual a los equipamientos tecnológicos que no ha podido subsanarse íntegramente.

b) La mejora de la política de recursos humanos, en la disponibilidad de plantilla ajustada a las nuevas necesidades, y en la incorporación de medidas para la atracción y retención de talento, así como una distribución geográfica más homogénea en el territorio nacional.

c) La actualización de las infraestructuras a la nueva realidad, tanto de espacios físicos como de modernización del equipamiento técnico, que los ajustes presupuestarios no han permitido hasta el momento.

d) Revisión de los modelos vigentes de prestación de servicios y/o refuerzo de funciones clave insuficientemente desarrolladas.

A partir de aquí, revisamos el impacto que esperamos sobre cada uno de los servicios esenciales. Nos referiremos a las proyecciones resultantes de este nuevo ejercicio como escenario "pospandemia", y se compararán con las conclusiones alcanzadas en el capítulo 4 para nuestro escenario complementario, que recordemos estima el impacto en gasto social a consecuencia no solamente de las proyecciones demográficas sino también de la evolución de la tecnología sanitaria y de incrementos en el presupuesto autonómico para converger con los niveles de gasto en educación y dependencia. Por simplificación, nos referiremos a este escenario como "prepandemia".

5.1. Impacto sobre el nivel de gasto sanitario

5.1.1. El desarrollo de la eSalud en el corto y medio plazo

La pandemia ha supuesto conceder mayor relevancia a la digitalización de los procesos de todos los servicios esenciales. El confinamiento y las restricciones posteriores que ha impuesto la COVID-19 en el contacto entre los ciudadanos y los prestadores de servicios ha exigido recurrir a los procesos telemáticos en buena parte de los ámbitos relacionales, en especial en los servicios de sanidad y educación. Sin embargo, su desarrollo en España todavía no ha estado lo suficientemente avanzado como para facilitar la respuesta ágil y eficiente que requería la nueva situación.

La eSalud viene constituyendo desde hace años una prioridad en el ámbito de la transformación digital a través de las múltiples opciones que ofrece: la Historia Clínica Electrónica (HCE), la analítica y explotación de grandes bases de datos (*Big Data*) en el camino a la Inteligencia Artificial y el Aprendizaje

Automático, la telemedicina, la tele asistencia, los dispositivos móviles para el seguimiento y control de parámetros fisiológicos y el comercio electrónico de productos farmacéuticos o sanitarios (mSalud). No solo por su contribución a mejorar los resultados en el sistema sanitario, sino también por su aportación positiva en la reducción de costes.

De hecho, apostar por la eSalud tiene un elevado potencial para aligerar la presión asistencial presencial, mejorar los resultados en salud a través de un mayor empoderamiento de los pacientes y dotar de una mayor efectividad del sistema, logrando una mayor conectividad entre profesionales de diversos ámbitos[191] y limitando a su vez desplazamientos en lo relativo a procedimientos o procesos que podrían resolverse de forma domiciliaria.

Los avances en eSalud amplían también las perspectivas en prevención a través de herramientas para el seguimiento de las dolencias crónicas, permitiendo una participación más activa de los propios pacientes, y en la superación de los problemas de dispersión demográfica que dificultan el asentamiento de profesionales especializados en zonas con menor atractivo donde el acceso a los servicios es limitado.

Precisamente en el ámbito de digitalización sanitaria, España parte de una larga trayectoria que nos sitúa *a priori* en una posición favorable a nivel internacional. El Índice de Salud Digital elaborado por Bertteslmann Stiftung coloca a España, con una puntuación de 71,4 sobre 100, cerca de los puestos de cabeza por detrás de Estonia, Canadá y Dinamarca.

Sin embargo, a nivel global la digitalización resulta todavía insuficiente. Por una parte, todavía no se ha logrado la interoperabilidad de la Historia Clínica en el SNS, lo que supondría una oportunidad única hacia un mayor conocimiento de los servicios sanitarios; y por otra parte, sigue detectándose muy poca conectividad entre los distintos sistemas de información de las comunidades autónomas.

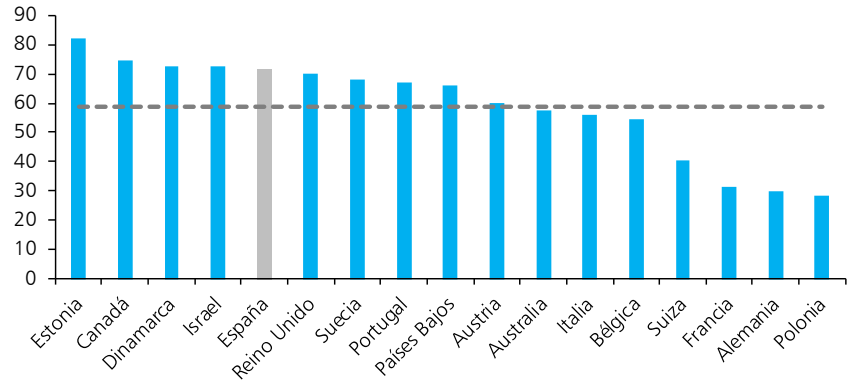
El indicador de Salud Digital elaborado por Berterlsmann asigna una puntación en dos ámbitos. Se valora la estrategia y actuación de política pública y, en segundo lugar, la implementación técnica y preparación para la integración de datos y su uso.

Con respecto al primer ámbito, España justifica una buena valoración gracias a la voluntad política de apoyo a la transferencia e intercambio de datos y la puesta en marcha de una estrategia efectiva de digitalización del sistema. El

[191] Atención primaria, especialistas, atención domiciliaria, servicios sociales, etc.

GRÁFICO 5.1.

ÍNDICE DE SALUD DIGITAL POR PAÍSES
(INDICADOR DE 0 —MÍNIMO—A 100 —MÁXIMO—)

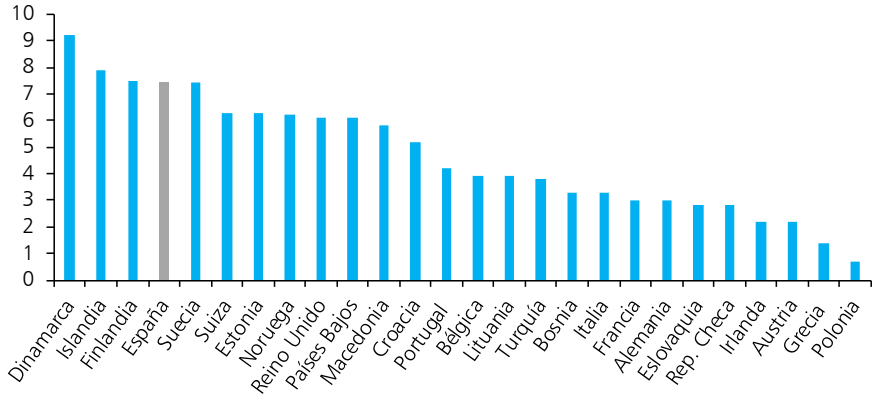


Fuente: #SmartHealthSystems International comparison of digital strategies (Bertelsmann Stiftung).

valor obtenido también refleja la asignación de un carácter prioritario a la salud digital en el conjunto de la política general sanitaria. Sin embargo, en la comparativa internacional se detectaban algunas cuestiones por resolver: (i) logros muy parciales en materia de financiación a nivel nacional y regional y (ii) la ausencia de un marco normativo específico que proteja el intercambio de datos

GRÁFICO 5.2.

ÍNDICE DE EHEALTH EN PAÍSES EUROPEOS
(INDICADOR DE 0 —MÍNIMO— A 10 —MÁXIMO—)



Fuente: Politka Insignt (2016).

de los pacientes permitiendo un uso integral y de protección de la privacidad de los datos de salud.

Otra debilidad que señalaba el informe Bertelsmann era la ausencia de una entidad nacional de salud digital que supervisara la implementación de esta política. Sin embargo, acaban de darse pasos significativos en materia de coordinación general con la creación a finales de 2020 de la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS, de la que dependerá a su vez la Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS.

Desde el nuevo órgano se pretenden impulsar tres grandes líneas de actuación: (1) la analítica de datos y la explotación de información, la business intelligence del SNS y la creación de un espacio nacional de datos sobre la salud que apoye la utilización de grandes conjuntos de datos, (2) el impulso de la salud digital y la interoperabilidad electrónica sanitaria, y (3) desarrollar los Servicios Públicos Digitales para el SNS.

En el segundo ámbito, el informe señala que queda bastante camino por recorrer en cuanto al control por parte del paciente del contenido y su acceso a las Historias Clínicas Electrónicas HCE ("empoderamiento"), el uso de la tele salud o telemedicina de forma habitual, y más aún en la accesibilidad a "mHealth" (salud móvil)[192].

El informe todavía no refleja el impacto que supuso en 2019 la implantación definitiva de la Receta Electrónica Interoperable. Esta iniciativa ha permitido que todas las comunidades autónomas pueden recibir y efectuar las dispensaciones de las recetas generadas en otras. En la práctica el ciudadano puede obtener su medicación en cualquier oficina de farmacia del país con independencia del lugar donde hayan realizado la prescripción a través de la receta electrónica. Este proyecto evita tareas administrativas al prescriptor en desplazamientos de pacientes fuera de la comunidad autónoma y avanzar en la implantación de sistemas de información compartidos entre comunidades autónomas.

Otra de las aplicaciones de la eSalud con un gran potencial de futuro es la atención integral y seguimiento de personas con enfermedades crónicas. Los desarrollos tecnológicos posibilitan una detección más temprana de las necesidades de atención y facilita el empoderamiento del propio paciente sobre su estado de salud. De este modo, la innovación permite una atención más dinámica y personalizada. Destacar en este ámbito, la trayectoria de Euskadi en la aplicación de la innovación regional en el envejecimiento activo

[192] Las aplicaciones móviles para la prestación de servicios de carácter rutinario.

y saludable. Estos avances culminan con el liderazgo del proyecto europeo ADLIFE, financiado por el H2020, en el que participan otros diez socios europeos. El objetivo de la iniciativa es ofrecer a pacientes mayores de 55 años con enfermedad grave, crónica y una reducción potencial de la esperanza de vida por reducción de sus funcionalidades y capacidades, planes de atención personalizados y una capacidad de respuesta aún más temprana a sus necesidades y preferencias. El programa supondrá un avance en la toma de decisiones clínicas, proponiendo no solo el tratamiento sino una mejor identificación de los síntomas y necesidades, llegando a generar alarmas a los profesionales sanitarios. Se prevé también la incorporación de una plataforma de empoderamiento de los pacientes.

Por tanto, España se encuentra entre los puestos de cabeza en eSalud gracias al desarrollo de la Historia Clínica Electrónica, si bien es necesario avanzar en su interoperabilidad[193], y los logros son subrayables en la implantación de la Receta Electrónica Interoperable y algunas prestaciones de servicios *online*[194].

Sin embargo, queda un importante camino con recorrer en: (i) la interconectividad de los sistemas, (ii) la disponibilidad de mayores facilidades telemáticas a la atención y la medicina presencial, tanto en la conectividad con el paciente como en su participación activa en procesos incorporación de datos, (iii) y otros avances disponibles a través de la telefonía móvil y otros aplicativos.

Son precisamente estas alternativas las más determinantes para la *"revolución digital de la atención sanitaria"* que están llamadas a instalarse en la actividad habitual[195] como consecuencia de la pandemia.

Este diagnóstico nos sitúa en una buena posición de partida para identificar las áreas en las que es preciso avanzar, que coinciden en buena medida con las nuevas necesidades que han suscitado la presión asistencial provocada por la pandemia. El objetivo en eSalud en España debe orientarse a la liberación de carga asistencial de carácter ordinario, la reducción de las hospitalizacio-

[193] Tanto entre comunidades autónomas como entre los servicios sanitarios de las mismas.

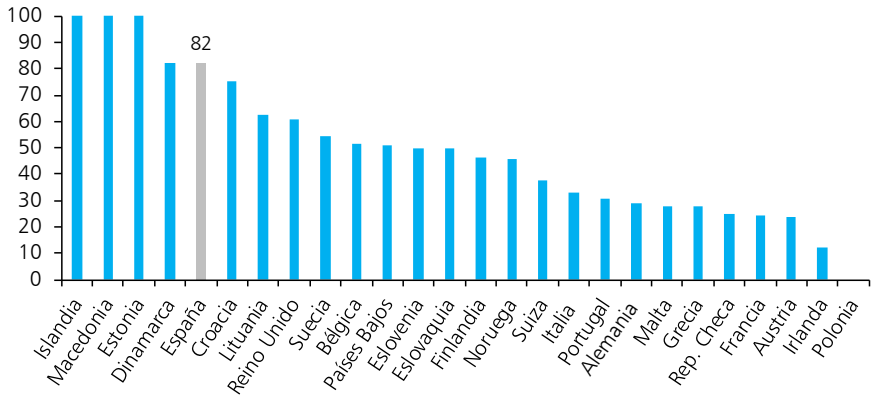
[194] La descripción de una implementación a nivel nacional de resúmenes de pacientes, recetas electrónicas, un sistema para reservar citas y los portales de pacientes se incorporó en el Plan Avanza 2 (2009-2015) y aunque se han avanzado acuerdos para facilitar la interoperabilidad entre sistemas regionales, este objetivo todavía no ha sido posible a nivel global.

[195] Algunas estadísticas (research2guidance en colaboración con HIMSS Europe, 2015) consideran Dinamarca, Finlandia, Suecia y Reino Unido como los cinco primeros países que ofrecen mejores condiciones de mercado para las empresas de aplicaciones de salud móviles en Europa.

nes evitables con un mejor seguimiento de los pacientes crónicos, avanzar en el empoderamiento del paciente en la gestión de su propia salud y a obtener ganancias de eficiencia que permitan reorientar los recursos disponibles hacia otras prioridades.

GRÁFICO 5.3.

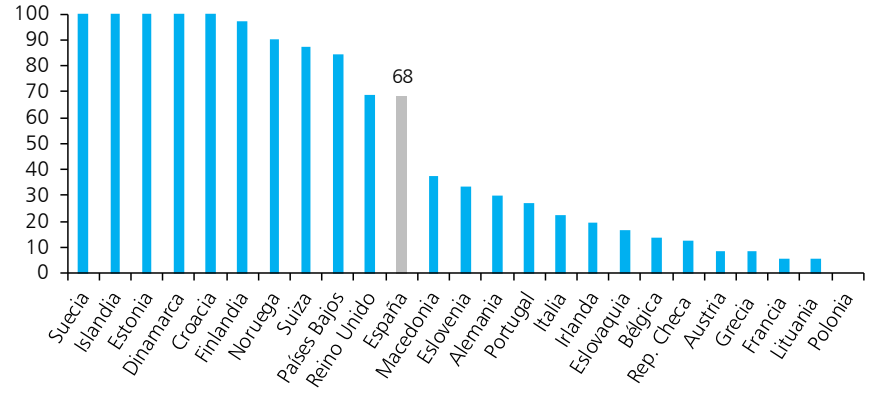
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE AFIRMAN QUE PUEDEN RESERVAR LAS CITAS *ONLINE* EN LA SANIDAD PÚBLICA



Fuente: Polytika Insight (2016).

GRÁFICO 5.4.

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CONFIRMAN QUE CONOCEN LA E-PRESCRIPCIÓN



Fuente: Polytika Insight (2016).

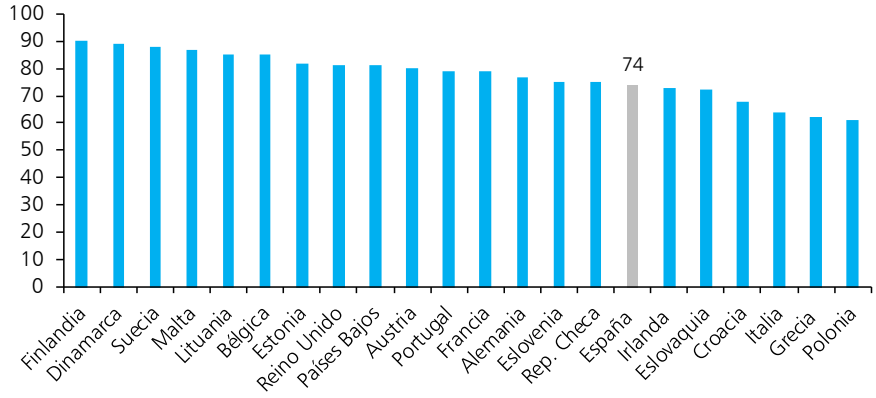
En cualquier caso, avanzar en eSalud exige un alto nivel de confianza de los pacientes con respecto a la protección de su información personal. En España, las estadísticas confirman que hay margen de mejora para reforzar esta confianza entre los ciudadanos y situarla de manera comparable a alemanes, daneses o británicos, que registran mayores porcentajes de encuestados que confían en la gestión de los datos sanitarios.

En el marco del impacto que tratamos de estimar en este capítulo, nuestro interés se concentra en aproximarnos a una previsible subida del nivel de gasto en digitalización sanitaria. Para ello, si disponemos del gasto sanitario que se destinaba a TIC[196] en España hasta la irrupción de la pandemia, podemos estimar en qué medida se distanciaba de los países de referencia en e Salud y las propuestas contenidas en el Plan de Digitalización 2025 publicado recientemente.

El informe de *Digitalización en Salud. La Historia Clínica Digital como motor de transformación del sistema sanitario* de Fundación COTEC para la Innovación revela que España destinó a las TIC en salud en 2017, 696 millones de euros del presupuesto global (un 0,06% del PIB). Esto supone apenas un 1,2% del presupuesto global sanitario, lo que queda muy alejado de los registros de los

GRÁFICO 5.5.

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE AFIRMAN CONFIAR EN LA GESTIÓN DE DATOS SANITARIOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS (2016)



Fuente: Polytika Insight (2016).

[196] No se dispone de datos concretos en lo relativo a eSalud, aunque sí en TIC con carácter general.

países lideres en transformación digital, que invierten en TIC aproximadamente un 2-3% del gasto sanitario público[197, 198, 199].

Un objetivo de inversión en eSalud del 2,5% del gasto sanitario público (media del horizonte de los países de referencia), implicaría en España una elevación del gasto del orden del 0,1% del PIB, o bien casi el 1,5% sobre el gasto sanitario previsto. Este refuerzo habría significado un incremento de 1.067 millones de euros[200] en 2018.

Esta previsión se encajaría en el conjunto del Plan de Digitalización 2025. El plan contempla la puesta en marcha durante 2020-2022 de un conjunto de reformas estructurales (50 medidas enmarcadas en diez ejes estratégicos) que implicarían un volumen de inversión pública y privada de unos 70.000 millones de euros, de los cuáles 20.000 millones de euros correrán a cargo de los presupuestos públicos.

Entre los objetivos fijados en el plan, el Gobierno señala el papel de los proyectos tractores que convergen con las medidas transversales de conectividad, competencias digitales, ciberseguridad, Transformación Digital del sector público y la empresa y, economía del dato e Inteligencia Artificial. El avance en eSalud se abordará en este marco desde tres ámbitos de actuación coincidentes con las áreas de mejora que hemos identificado previamente: (1) investigación para medir y mejorar resultados en salud y diseñar sistemas preventivos, (2) asistir a pacientes para automatizar y proveer de herramientas a la ciudadanía para que tengan mayor información para la toma de decisiones, (3) emponderamiento del paciente[201], con herramientas de telemedicina, autodiagnóstico o mejora de la accesibilidad.

---

[197] Sociedad Española de Informática de la Salud. 2015.

[198] En términos de gasto real público total en 2017 en España, supone un 0,96%.

[199] Las estadísticas sobre gasto público en eSalud por países son muy limitadas. Italia es uno de los pocos países que ha publicado información al respecto. En este caso, el nivel de gasto sanitario público sobre PIB es muy similar al español, pero se encuentra peor posicionado en relación a resultados. En 2020 el gasto público alcanzó en este concepto 1.617 millones de euros, el 0,08% en términos de PIB, y aproximadamente el 1,3% del gasto público sanitario, ligeramente por encima del calculado para España.

[200] Está calculado sobre total de gasto sanitario con independencia de la administración que lo realiza. Para nuestros cálculos de impacto, suponemos que las comunidades autónomas gestionarían el 92% de dicho incremento de gasto, unos 981 millones de euros.

[201] Europa se enfoca cada vez más en que los pacientes puedan acceder a sus propios registros médicos, utilizarlos y contribuir con datos autogenerados. Pero esta capacitación requiere de infraestructura digital. Italia (47%), Países Bajos (39%) y Países Nórdicos (34%); se destacan en acceso del paciente a información como su principal prioridad.

5.1.2. Refuerzo de la política de recursos humanos

La política de personal va a ser uno de los ámbitos en los que se va a registrar mayor presión sobre el nivel de gasto, en sus dos posibles perspectivas: ampliación de la disponibilidad de efectivos y mejora de la política retributiva.

Hasta el estallido de la pandemia se había consolidado la idea de que el sistema sanitario español mantenía un nivel de eficiencia muy destacado en comparación con otros países de referencia. Sin embargo, la presión sanitaria provocada por la COVID ha evidenciado una plantilla ajustada, especialmente en algunas actividades (salud pública, coordinación con servicios sociales y residencias, etc.). En la comparación con referentes internacionales[202], se aprecia que el diferencial en densidad de profesionales por población (1.000 habitantes) ha sido especialmente acusado en lo que respecta a personal de enfermería con 5,7 puestos en España, que contrasta con los más de 10 que se registran en Dinamarca, Francia, Países, Bajos, Irlanda y Alemania. Noruega, con 17,7, es el país que lidera el *ranking*.

En cambio, el posicionamiento de España en relación a los facultativos disponibles por cada 1.000 habitantes está mucho más alineado con los referentes de la UE. En concreto, 4 médicos para 1.000 habitantes es un registro similar al de Alemania y Dinamarca (por encima) e Italia y Países Bajos (por debajo). Los países con valores más altos son Portugal, con 5,1 y Noruega, con 4,9. Se aprecia, por tanto, una dispersión menor entre países que la observada en la plantilla disponible de personal de enfermería.

Atendiendo a la información publicada por la OCDE, se puede distinguir la disponibilidad de médicos generalistas o de atención primaria y médicos especialistas en ejercicio en términos poblacionales[203].

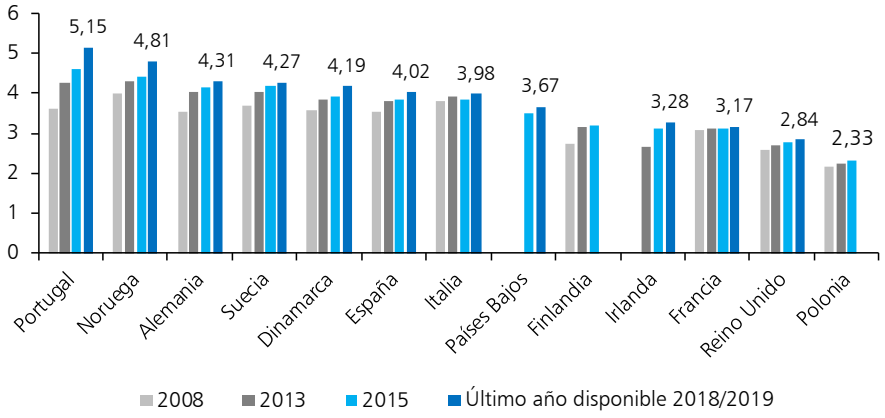
En relación a los médicos generalistas (o de familia), limitando la comparación internacional a los sistemas más comparables, España pierde posición relativa en cuanto a efectivos por cada 1.000 habitantes, situándose al mismo nivel que Reino Unido. Aun así, la tasa española no resulta muy distante de la

[202] En las comparaciones internacionales sobre dotación de plantilla, tanto de facultativos como de personal de enfermería, se han incluido a los principales referentes de la UE tanto por nivel socioeconómico como por cobertura o regulación pública del sistema. Sin embargo, las comparaciones en sentido estricto deberían limitarse a los sistemas nacionales de salud (tipo *Beveridge*) que se financian con los impuestos generales y ofrecen cobertura universal: Reino Unido, Italia, los países nórdicos y España. (Véase "¿Qué sistemas sanitarios están mejor preparados para responder a la Covid-19?", Félix Lobo, FuncasBlog).

[203] El desglose por categorías se ha proporcionado para los médicos en ejercicio cuando ha sido posible. (Si no ha sido posible, los datos han sido reportados para médicos profesionalmente activos o médicos con licencia para práctica).

GRÁFICO 5.6.

DENSIDAD DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES*



Nota: * Número de personas a equivalentes a tiempo completo (ETC) no es trivial y diferentes países adoptan distintos parámetros en sus modelos de planificación.

Fuente: Health resources (OCDE).

correspondiente a Dinamarca —que lidera los *rankings* en términos de resultados y satisfacción de la ciudadanía con el sistema— y se situá ligeramente por encima de Italia y Suecia. Los datos también confirman que el nivel de efectivos se ha mantenido prácticamente constante en la mayor parte de los países de referencia desde la crisis económica de 2008. Algunos de estos países comparten también un problema de adecuada dotación de médicos de familia, que se agudiza en determinados tipos de puestos y en particular en zonas rurales y dispersas, con difícil atractivo para el asentamiento de profesionales.

En relación a los médicos especialistas, España mejora su posicionamiento en términos de efectivos disponibles por habitante, ganando distancia con Reino Unido y situándose por encima de países como Suecia, Dinamarca o Francia. Por tanto, no se detecta una brecha significativa entre la disponibilidad de médicos especialistas en España con respecto los referentes UE.

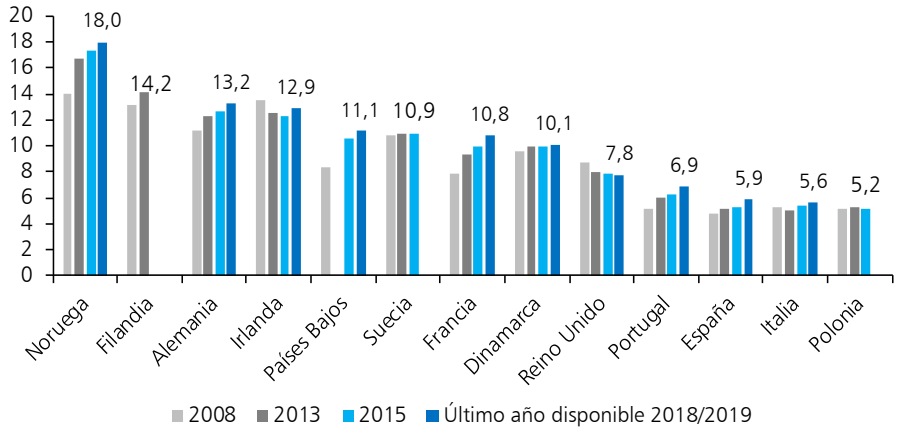
Teniendo en cuenta que las diferencias en la dotación de facultativos entre España y otros países son moderadas[204], resultan de especial interés las conclusiones del trabajo *Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030*[205]. En su escenario base, prevén un incremento

[204] Perdiendo sentido un objetivo de convergencia en este caso.

[205] Edición revisada (enero 2019). Elaborado por Barber Pérez, P., González López-Valcárcel, B. Equipo de Economía de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

GRÁFICO 5.7.

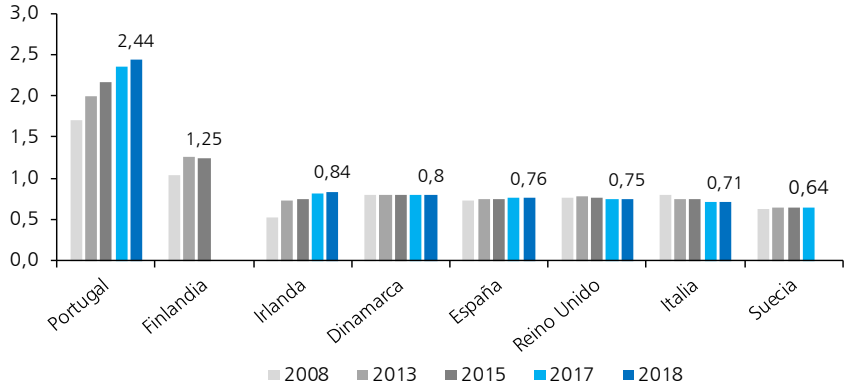
DENSIDAD DE PERSONAL DE ENFERMERÍA POR 1.000 HABITANTES



Fuente: Health resources (OCDE).

GRÁFICO 5.8.

DENSIDAD DE MÉDICOS GENERALISTAS O MÉDICOS DE FAMILIA* (NÚMERO POR 1.000 HABITANTES) EN PAÍSES DE REFERENCIA UE



Nota: * Se consideran médicos generales (*general practitioners* o *family doctors*) bajo el criterio estadístico de la OCDE, los que asumen la responsabilidad de proporcionar servicios y atención médica integral a individuos, familias y comunidades. Incluyen: médicos generales, médicos de distrito —terapeutas, médicos de familia, médicos internos o residentes especializados en medicina general—. Excluye: pediatras, otros médicos generalistas (no especialistas). Aunque en algunos países la "práctica general" y la "medicina familiar" pueden considerarse como especializaciones médicas, estas ocupaciones se clasifican bajo este epígrafe en el Database OCDE.

Fuente: Health Statistics 2020: Physicians by categories (OCDE).

de la demanda de médicos especialistas[206] de un 8,9% para el periodo 2018-2030, con una caída del 1,2% de la oferta. La demanda crecería linealmente a consecuencia del crecimiento demográfico previsto en el INE, mientras que la oferta estaría condicionada por la concentración de jubilaciones hasta 2024. En cuanto al déficit de especialistas —teniendo en cuenta la previsible salida del mercado profesional según pirámides de edad—, se prevé que el desequilibrio se agrave en los primeros años para después estabilizarse y mantenerse en un déficit próximo al 12% entre 2025 y 2030.

Aplicando esta hipótesis de crecimiento del 8,9% de la demanda hasta 2030, como calculan los autores[207], suponiendo que las vacantes se cubren de forma integral, sería necesario un incremento de 13.291 profesionales[208] en el periodo de referencia, con un aumento medio anual del 0,71%[209] desde el año base.

Para cuantificar económicamente este refuerzo de plantilla es necesario abordar otro aspecto clave de la política de recursos humanos como es el nivel retributivo. Volviendo a la base de datos de la OCDE, comparando con los países de referencia de la UE, se aprecia que la relación entre el sueldo de los facultativos con respecto al salario medio en el país respectivo en España es significativamente inferior a la mayoría de países. En el caso de los médicos de familia, esta brecha únicamente es relevante si se compara con las retribuciones de médicos autónomos —que caracterizan principalmente a los sistemas de atención muy distintos al español como el alemán o francés—. El diferencial

[206] La acepción de médico especialista recogida en el trabajo contempla a los Licenciados en Medicina que superan el programa de formación de posgrado MIR que les permite adquirir un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, técnicas quirúrgicas o un método diagnóstico determinado. Estos podrán estar asignados a atención primaria, especializada o asignados a tareas no asistenciales o en otras áreas de medicina no reconocidas como especialidad (urgencias o emergencias).

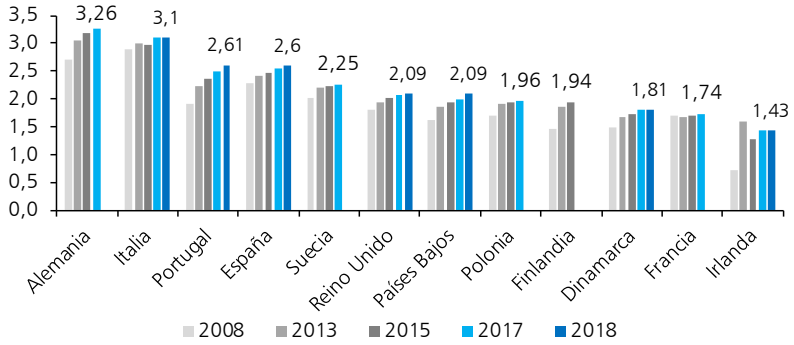
[207] El submodelo de demanda/necesidad que plantean proyecta las necesidades según las hipótesis sobre la demografía general (previsiones INE), el uso relativo de servicios médicos por tramos de edad e incrementos anuales de necesidad de cada especialista por 100.000 habitantes. Esas hipótesis se formularon para el escenario base a partir de las opiniones de expertos expresadas de forma estandarizada, de los informes de las CC.AA. y de las comisiones nacionales de las especialidades médicas.

[208] Tomamos como referencia los datos del Portal del MSCBS, Sanidad en Datos. En 2018 se contabilizaron 149.342 profesionales de la medicina que trabajaban para el SNS, de los cuales el 24% estaban asignados a Atención Primaria y el resto a Hospitales, Urgencias y Emergencias y formación especializada.

[209] En el momento de cierre de este informe se había anunciado una oferta de Formación Sanitaria Especializada por un total de 10.001 plazas, repartidas entre todas las titulaciones de Medicina (MIR), Enfermería (EIR), Farmacia (FIR), Psicología (PIR), Química (QIR), Biología (BIR), y Radiofísica (RFIR). Para MIR se esperan un total de 8.000 plazas nuevas para 2021. A efectos de nuestro trabajo, realizamos el ejercicio de forma que el refuerzo de la plantilla fuera progresivo durante los doce años del periodo de referencia. No obstante, asignamos a 2021 el impacto acumulado sobre el gasto que hubiera supuesto dicha progresividad entre 2018 y 2020. En cualquier caso, mantenemos el criterio aplicado en capítulos anteriores de realizar la estimación de impacto en gasto público en términos reales. Los autores explican el déficit de especialistas como la insuficiencia de la oferta para hacer frente a la demanda que estiman.

GRÁFICO 5.9.

DENSIDAD DE MÉDICOS ESPECIALISTAS* (NÚMERO POR 1.000 HABITANTES) EN PAÍSES DE REFERENCIA UE



Nota: (*) Se incorporan bajo el epígrafe de médicos especialistas según la Base de Datos de la OCDE (*specialist medical practitioners*) aquellos que diagnostican, tratan y previenen enfermedades, lesiones y otras deficiencias físicas y mentales en humanos, utilizando pruebas especializadas, diagnósticos, médicos, técnicas quirúrgicas, físicas y psiquiátricas, mediante la aplicación de los principios y procedimientos de la medicina moderna. Se especializan en determinadas categorías de enfermedades, tipos de pacientes o métodos de tratamiento y pueden llevar a cabo educación e investigación médica en sus áreas elegidas de especialización.

Fuente: Health Statistics 2020: Physicians by categories (OCDE).

de salario medio es mayor para los médicos especialistas, situándose por debajo de un amplio grupo de países de referencia (Irlanda, Alemania, Reino Unido, Países Bajos, y en menor medida Dinamarca, Finlandia e Italia).

Por tanto, para estimar cuantitativamente el impacto en gastos de personal tras la pandemia se tiene en cuenta, tanto la plantilla vigente, como los refuerzos adicionales, que estimamos en 13.291 profesionales. Con la referencia del salario medio en España en 2018[210] y su relación con los salarios de médicos de familia y especialistas publicados por la OCDE, estimamos los salarios medios actuales.

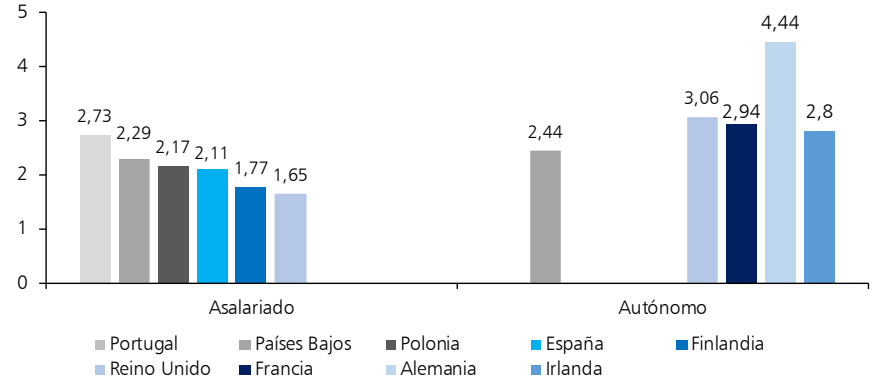
Planteamos como objetivo del nivel retributivo, una convergencia progresiva con los niveles de otros países de la UE, donde la relación salario sanitario del profesional médico con respecto al general se sitúa en media en un 2,7/2,6[211].

[210] Tomamos como referencia el valor de salario medio del INE en 2018 de 24.009 euros anuales.

[211] Se trata de aplicar criterios de comparabilidad de los sistemas, proximidad y capacidad de atracción de profesionales formados fuera del país. En este sentido, Reino Unido constituye una referencia de especial interés por su capacidad por atraer profesionales formados en el extranjero. Sin embargo, en Atención Primaria la relación en el caso español supera a la británica, pero en el ámbito de los especialistas España mantiene una distancia tan significativa que su convergencia íntegra supondría triplicar el incremento del coste retributivo de la medida.

GRÁFICO 5.10.

REMUNERACIÓN DE LOS MÉDICOS, RATIO AL SALARIO MEDIO 2017 (O MÁS CERCANO). MÉDICOS GENERALISTAS O DE FAMILIA

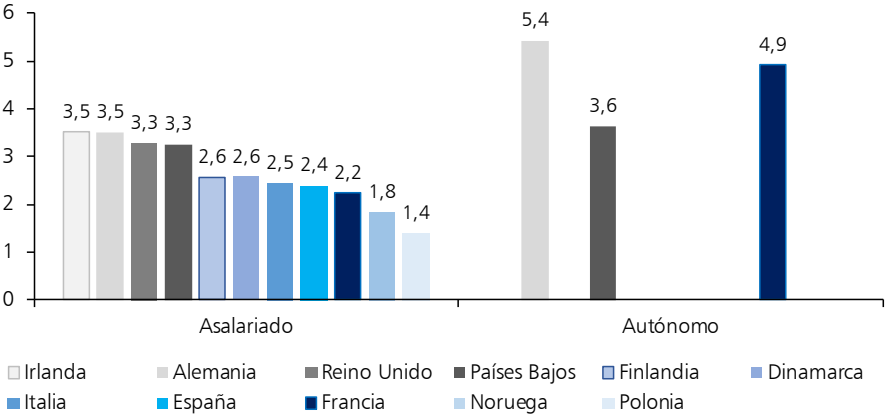


Fuente: Health at a Glance 2019 (OCDE).

Este esfuerzo en ambas líneas de actuación (plantilla y retribución) con respecto a la plantilla de facultativos podría significar una dotación adicional de 1.000 millones en 2021, que se eleva hasta 1.700 millones de euros al final del periodo, lo que supondría en 2030 un esfuerzo equivalente al 0,13% del PIB real.

GRÁFICO 5.11.

REMUNERACIÓN DE LOS MÉDICOS, RATIO AL SALARIO MEDIO 2017 (O MÁS CERCANO). MÉDICOS ESPECIALISTAS



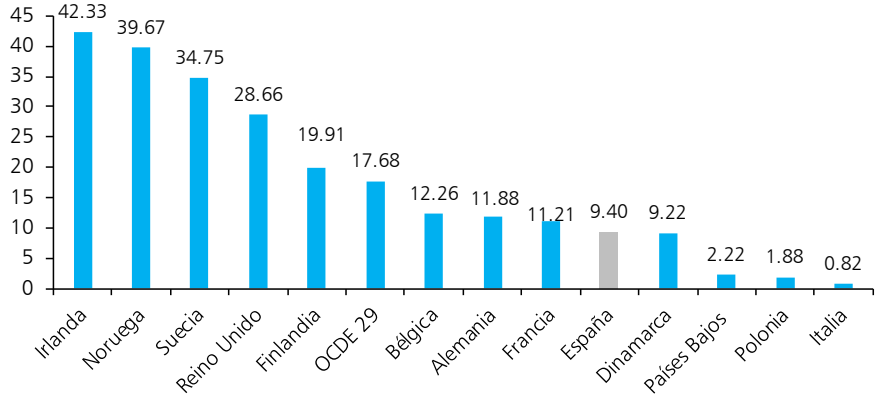
Fuente: Health at a Glance 2019 (OCDE).

La eficacia de la presión para elevar la retribución media de los profesionales, y mejorar el resto de sus condiciones laborales, va a estar ligada a la tendencia que se aprecien en el corto y medio plazo en cuanto a movilidad internacional de sanitarios. En los últimos años, la demanda de profesionales formados en el extranjero se ha agudizado en el entorno europeo. En buena parte de los países de la UE el porcentaje de médicos formados en el extranjero es elevado, superando en muchos casos el 9% y aproximándose al 30% en Irlanda, Noruega, Suecia o Reino Unido.

La movilidad internacional de los profesionales es un fenómeno que ha llegado a convertirse en una preocupación de los principales organismos multilaterales. La OMS ha aprobado un código ético de reclutamiento internacional de profesionales sanitarios que los países deben suscribir y cumplir con el objetivo alcanzar la autosuficiencia en la formación de sus profesionales, sin negar el derecho de los trabajadores a emigrar para lograr mejores perspectivas laborales. A su vez, la Comisión Europea se ha implicado con recomendaciones de políticas de planificación, reclutamiento y retención de profesionales sanitarios y la OCDE también ha mostrado su interés por esta cuestión. En cualquier caso, es de esperar que la emergencia sanitaria que ha provocado la pandemia impacte de forma significativa en estos flujos migratorios, como consecuencia de una mayor competencia internacional por los mejores profesionales a través de mayores incentivos en sus respectivas políticas de personal.

GRÁFICO 5.12.

PORCENTAJE DE MÉDICOS FORMADOS EN EL EXTRANJERO (2017, último año disponible)



Nota: En Alemania y algunas regiones de España los datos se basan en nacionalidad (o lugar de nacimiento en España).

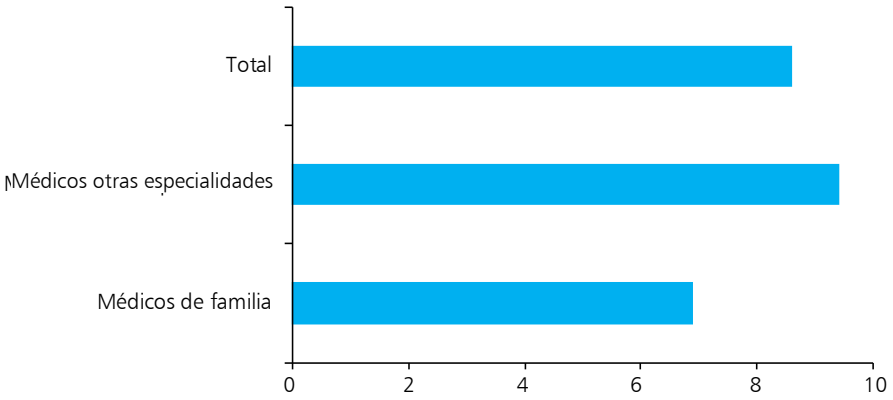
Fuente: Health at a Glance 2019 (OCDE).

Además de la variable retributiva, otras condiciones laborales pueden ser determinantes en la explicación de las tendencias en los flujos. Entre ellas, una oferta de mayor estabilidad en las relaciones contractuales. En los últimos años, la dinámica de contrataciones de los profesionales sanitarios se ha caracterizado por la prevalencia de contratos temporales, y en particular los de muy corta duración afectando en mayor medida a los médicos de familia. Como apuntan Barber Pérez P. y González López-Valcárcel (2019), en 2017 se firmaron 19.978 contratos temporales con médicos de familia, equivalente al 51% del total de los que trabajaban en el SNS, y casi 41.000 contratos temporales con otros especialistas médicos. La tasa de temporalidad de nuevos contratos ha sido muy superior en los médicos de atención primaria con respecto al resto de especialistas. En 2017 solamente el 6,7% del total de los nuevos contratos de médicos de familia fueron indefinidos, en contraste con el 9,4% de otros especialistas.

Como indicador alternativo de la precarización actual de los contratos, los autores facilitan una estadística de elaboración propia a través del cálculo mensual del número medio de contratos por médico[212]. Los valores más altos

GRÁFICO 5.13.

PORCENTAJE DE CONTRATOS INDEFINIDOS SOBRE TOTAL MÉDICOS DE FAMILIA/OTRAS ESPECIALIDADES (2017)



Fuente: Estimación de la Oferta y Demanda de Médicos Especialistas. España 2018-2030. A partir de SEPE.

[212] Los boletines del SEPE informan del número de contratos firmados cada mes y el número de personas distintas que los firman como trabajadores.

CUADRO 5.1.
NÚMERO MEDIO DE CONTRATOS MENSUALES POR MÉDICO 2015-2018

Especialidad	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*
MFC	1,8	1,7	1,8	1,8
Mecicina interna	1,3	1,4	1,1	
Obstetricia y Ginecología	1,1	1,3	1.2	
Pediatría	2,0	1,9	1,6	1,2
Médicos sin especialidad	1,5	1,5	1,4	1,3

Fuente: Estimación de la Oferta y Demanda de Médicos Especialistas. España 2018-2030. A partir de boletines mensuales de SEPE.

de este indicador reflejan una menor duración de los contratos. Por tanto, sería previsible que en el nuevo escenario a medio plazo que surge tras la pandemia se conceda un carácter más indefinido a una plantilla de carácter "temporal" que *de facto* se estaba manteniendo en el tiempo[213].

También se aprecia margen de maniobra en otras condiciones de trabajo para promover el atractivo de determinados puestos de difícil cobertura –pediatría en atención primaria, plazas en zonas rurales alejadas de núcleos poblacionales, etc.–. Por ejemplo: implantación de nuevas fórmulas organizativas, mayor flexibilidad horaria o formas distintas de acceso a la atención primaria que, a raíz de la pandemia se han convertido en una alternativa factible (atención telefónica, tele asistencia apoyada por aplicaciones de internet para crónicos entre otras).

Los problemas de adecuado dimensionamiento de profesionales médicos a las necesidades se agudizan en el caso del personal de enfermería disponible. Si volvemos al gráfico 5.7., apreciamos que España se sitúa con una densidad de tan solo 5,9 puestos por cada 1.000 habitantes[214], en contraste con los registros de Noruega (18,9), Finlandia (14,2) Alemania (13,2), Irlanda (12,9), Dinamarca (10,1) o incluso Reino Unido (7,8)[215]. Por tanto, es previsible que se formulen políticas integrales que aumenten la disponibilidad de personal de enfermería.

[213] El impacto económico se aplazaría al medio y largo plazo vinculado a la antigüedad y otros factores relativos a la carrera profesional.

[214] Si restringimos la dotación al personal de SNS, la ratio es de 4,0 por cada 1.000 habitantes.

[215] No obstante, en el desglose por territorios se observa una clara dispersión. La importancia de la configuración de un modelo de cogobernanza resulta de enorme interés para asegurar una mayor homogeneidad en todo el territorio nacional.

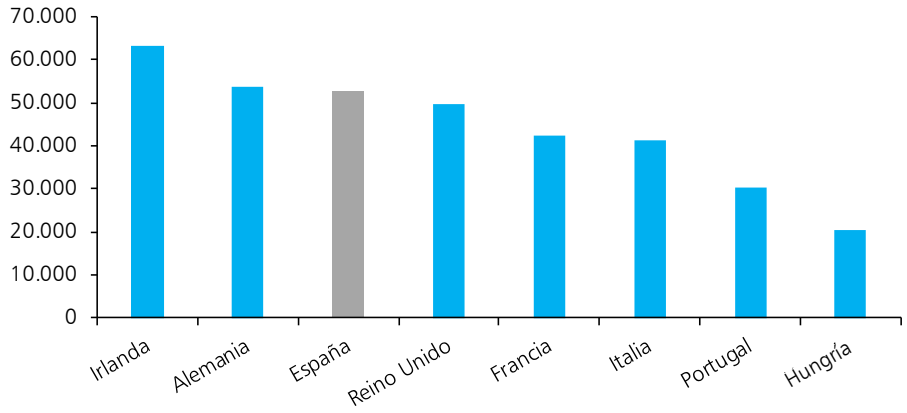
Si fijamos como objetivo una dotación 7 puestos de enfermería por cada 1.000 habitantes en un proceso de convergencia hacia los principales referentes de la UE, el incremento de plantilla sería de 1,1 por cada 1.000 –en su totalidad atribuida al SNS-. El impacto en gasto público de esta medida supondría unos 1.881 millones de euros teniendo en cuenta la estimación de salario medio de 2020.

A pesar de que la dotación de recursos resulta inferior a otros países de referencia, los datos de nivel retributivo sitúan a España en una posición preferente[216].

En suma, desde el enfoque que nos interesa de posible revisión del escenario de gasto público sanitario en el medio y largo plazo tras la pandemia, el ejercicio planteado en términos globales nos conduciría a un incremento del nivel en 2030 de unos 3.500 millones de euros, un 0,27% en términos de PIB real.

GRÁFICO 5.14.

REMUNERACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA (Salarios en PPP USD)

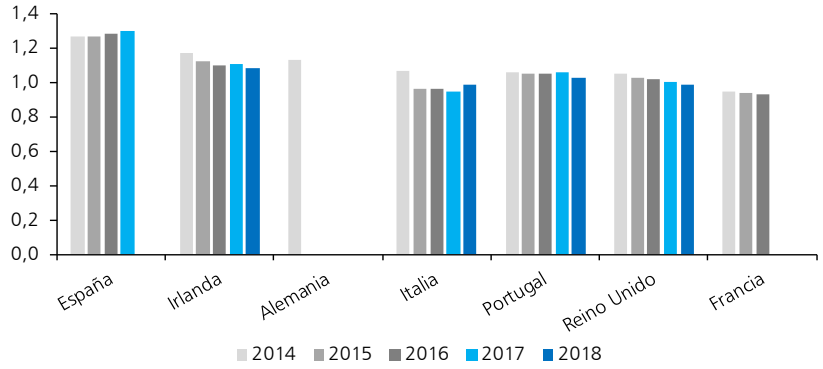


Fuente: Dataset. Recursos (OCDE).

[216] Los datos se limitan al personal de enfermería en hospitales.

GRÁFICO 5.15.

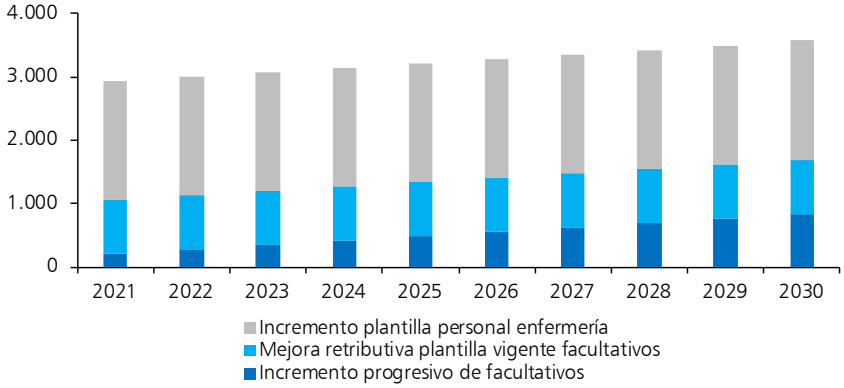
REMUNERACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA EN RELACIÓN A SALARIO MEDIO



Fuente: Dataset. Recursos (OCDE).

GRÁFICO 5.16.

IMPACTO EN GASTO PÚBLICO ESTIMADO DE UNA SIMULACIÓN CONJUNTA DE REFUERZO DE LA PLANTILLA Y MEJORA RETRIBUTIVA (Millones de euros)



Fuente: Elaboración propia.

La necesidad de abordar soluciones en el corto plazo en este ámbito quedó recogido en el Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica que incluyó el refuerzo de la política de recursos humanos entre los principales puntos. Entre otros aspectos, se subrayó la necesidad de con-

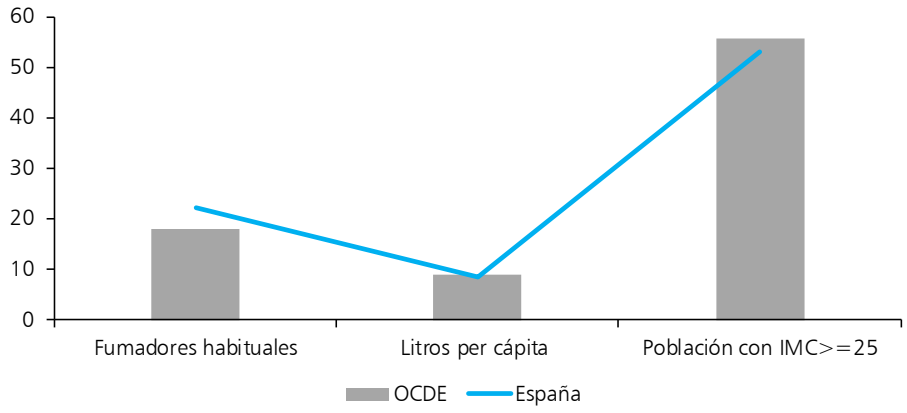
tar con políticas de planificación y desarrollo profesional en el SNS, poner en marcha un plan específico de recursos humanos en el ámbito sanitario de acuerdo con las comunidades autónomas en orden a mejorar la estabilidad y el nivel retributivo, actualizar el sistema de contratación de personal sanitario con los objetivos de eliminar la temporalidad y precariedad, mejorar los atractivos para la cobertura de puestos en zonas rurales, instrumentos de gestión y modelos retributivos que incentiven adecuadamente a los profesionales, mecanismos para facilitar el retorno de trabajadores sanitarios que emigraron, fórmulas para incorporar especialistas en Mediciona preventiva y eliminar la tasa de reposición de efectivos.

5.1.3 Potenciación de la función de Salud Pública

Otra de las debilidades del SNS en relación a otros referentes europeos es el insuficiente desarrollo de la Salud Pública. En España, el gasto asociado a este partida ha tenido un carácter prácticamente residual, con tan solo el 1,1% del total de gasto sanitario, habiendose consolidado en los últimos años. Se trata de un partida presupuestaria en la que confluyen actuaciones de los distintos niveles administrativos: Administración Central, Autonómica y Local. Aunque la

GRÁFICO 5.17.

FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD. TABACO, ALCOHOL Y OBESIDAD (Porcentaje población de 15 años y mayores, 2019)



Fuente: Panorama de la salud 2019 (OCDE).

emergencia sanitaria ha puesto de manifiesto la importancia de las funciones ligadas a la epidemiología y rastreo en el caso de enfermedades infecciosas, la OMS y la OCDE llevan tiempo aconsejando potenciar la medicina preventiva, la promoción de hábitos saludables, el refuerzo del seguimiento y prevención de enfermedades crónicas, que se agudizan con el progresivo envejecimiento demográfico y la mejora de la esperanza de vida. El tabaquismo, el consumo de alcohol y la obesidad son los tres factores de riesgo más importantes de enfermedades no transmisibles, y contribuyen a una proporción alta de muertes en el mundo.

Teniendo en cuenta la relevancia de estos factores de riesgo y su impacto, tanto en la mortalidad evitable (y en las hospitalizaciones evitables[217]), como en costes económicos asociados para los sistemas de salud, es necesario reforzar las políticas de medicina preventiva con capacidad para modificar los comportamientos individuales relacionados con la salud, no solamente desde el punto de vista de la mejora del estado de salud de la población en su conjunto, sino también desde una perspectiva coste-beneficio de los programas. La inversión en medicina preventiva puede suponer un alivio importante especialmente en gasto hospitalario por la reducción de la prevalencia en procesos de alto coste unitario y ampliar la dotación de recursos hacia la generación de nuevas capacidades en los sistemas sanitarios para estar mejor preparados para pandemias o enfermedades nuevas que pudieran surgir en los próximos años.

En este sentido, es de esperar una elevación de la dotación de recursos en este epígrafe de gasto desde todas las administraciones. En concreto, el Ministerio de Sanidad ya ha anunciado la intención de crear un Centro Estatal de Salud Pública para la identificación, evaluación y comunicación de amenazas y riesgos, presentes y emergentes, para la salud pública. Con este objetivo, se presentará un proyecto de ley en los próximos meses a las Cortes Generales que regule específicamente esta nueva unidad[218].

El Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica recoge una amplia batería de propuestas relevantes en este ámbito del necesario refuerzo del gasto en salud pública en España.

---

[217] El coste de hospitalizaciones evitables por enfermedades crónicas se estima en España en casi 1.000 millones de euros, aunque por encima de la media, por debajo de los costes estimados para Alemania, Francia, Reino Unido e Italia.

[218] Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, y se modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

PROPUESTAS DE LA COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

1. Desarrollar e implementar la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública
   a. Cumplimiento en su integridad, realizando una evaluación de su implementación hasta la fecha con recomendaciones específicas para su desarrollo y cumplimiento, así como la adaptación de su contenido a la realidad actual.
   b. Reforzar —en coordinación con las CC.AA.— la Red de Vigilancia de Salud Pública, con la ayuda de sistemas de alerta precoz y respuesta rápida con un funcionamiento de 24 horas al día. Deberá contarse con la colaboración del sector privado y el sector social y socio-sanitario (residencias, centros de salud, hospitales privados, etc.).
   c. Desarrollo en coordinación con las CC.AA. de un diálogo bioético sobre los limites en el uso de la tecnología en cuestiones relativas a derechos básicos.
2. Desarrollo de un Plan de Emergencias de Salud Pública frente a epidemias y otras crisis sanitarias
   a. Elaboración de una normativa específica para atender las distintas situciones de emergencias de salud pública y sanitarias, como componente esencial para la preparación de estas situaciones y contar con infraestructuras necesarias para detectar, prevenir y abordarlas.
   b. Incorporar la seguridad sanitaria como parte de la seguridad nacional, involucrando a todas las administraciones y autoridades implicadas.
   c. Organizar una red nacional de depósitos de reserva de material sanitario estratégico (materiales de protección, EPI, mascarillas, sustancias desinfectantes, instalaciones de camas UCI, respiradores automáticos, etc.) distribuido por el territorio, en coordinación con las CC.AA. para prevenir su caducidad. Priorizar a su vez la compra a fabricantes españoles y coordinar la creacion de esta reserva con un impulso público al levantamiento de la capacidad industrial local que permita fabricar al ritmo de demanda en tiempos de emergencia.
   d. Crear Equipos de Respuesta Rápida y planificar las necesidades de personal requerido en Plan de Emergencias, facilitando formación, organización y entrenamiento periódico facilitando una red de profesionales y equipos preparada para actuar con carácter inmediato.
3. Fortalecer las estructuras y servicios de Salud Pública, tanto a nivel central como en las CC.AA
   a. Dotar al Ministerio de Sanidad de todos los medios necesarios para que la unidad directiva responsable de la Salud Pública y sus dependencias puedan contar personal altamente cualificado necesario.
   b. Reforzar el nombramiento de los responsables máximos de salud pública a nivel central y autonómico con un estatus de especial protección de su independencia científico-profesional.
   c. Desarrollar a nivel de las comunidades autónomas estructuras de salud pública tanto en el nivel central, como descentralizadamente en el territorio para el desempeño eficaz de sus funciones, tanto de vigilancia epidemiológica, como de manejo de los sistemas de información y de protección y promoción de la salud.
4. Reforzar la presencia de la salud pública española en las organizaciones internacionales
5. Impulsar la formación de especialistas altamente cualificados en Salud Pública, así como la investigación en este campo
   a. Impulsar el desarrollo de capital científico-profesional en salud pública, fortaleciendo la Escuela Nacional de Sanidad y otras Escuelas en las comunidades autónomas (epidemiología, promoción de la salud, prevención, sanidad ambiental y ocupacional, economía de la salud, gestión sanitaria, etc.).
   b. Reintroducir el Programa de Epidemiologia Aplicada de Campo.
   c. Incentivar las vocaciones profesionales a la salud pública con unas fórmulas de contratación y retribución similares a los de los clínicos.
   d. Promover la investigación aplicada a la política y a la práctica de la Salud Pública, en igualdad de condiciones a la investigación clínica y básica biomédica.
6. Avanzar en un Sistema de Información en Salud Pública incardinado en una Red Europea, que facilitará el funcionamiento de un sistema de indicadores relevantes de salud. Todas las administraciones, centros, servicios y establecimientos tanto del sector público como del privado quedarán obligados a facilitar información solicitada
7. Actualizar la Estrategia Nacional de Equidad en Salud, aprobar un Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente y garantizar el cumplimiento del II Acuerdo en materia de Sanidad

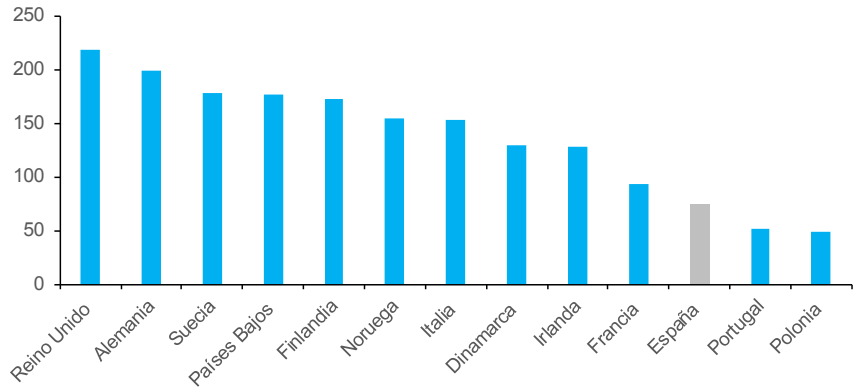
En la comparativa internacional, el gasto español en la función de Medicina Preventiva[219] ocupa una de las posiciones inferiores en términos per cápita a precios y paridad de poder de compra constantes. Países como Alemania, Reino Unido, Suecia e Italia gastaron en 2018 más del doble que el nivel por habitante registrado por España en prevención médica. En términos de PIB, las posiciones de los países que lideran el ranking cambian ligeramente, mientras España se mantiene entre los países más rezagados. En suma, resulta razonable asumir que la asignación presupuestaria a este epígrafe de gasto se va a reforzar tanto por parte de la Administración Central como Autonómica.

Teniendo en cuenta la distancia que España mantiene con los países que lideran el *ranking*, un objetivo de mínimos consiste en al menos duplicar los recursos públicos asignados.

El gasto público realizado por las CC.AA.[220] registrado en la Cuenta Satélite de Gasto Público Sanitario en 2018 en la función de salud pública ascendió a

GRÁFICO 5.18.

GASTO PER CÁPITA 2018 EN SALUD PÚBLICA
(USD, PRECIOS CORRIENTES, PPP CORRIENTE) EN PAÍSES DE REFERENCIA



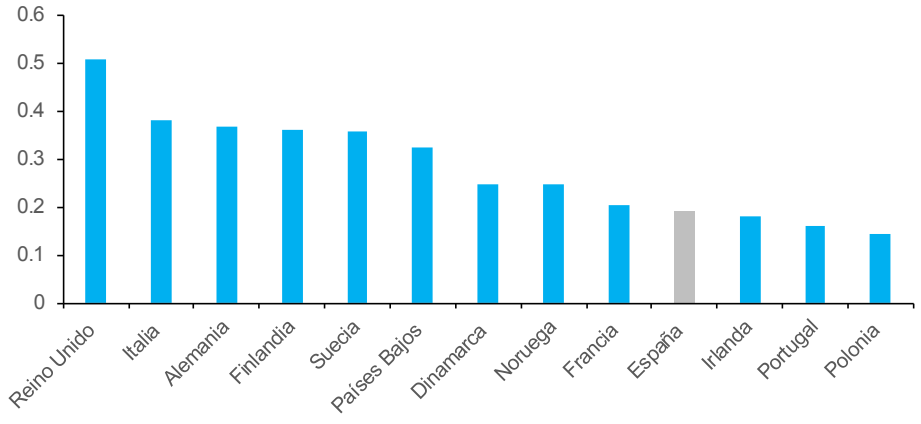
Fuente: OCDE.

[219] Asimilable a Salud Pública.

[220] Nuestro enfoque siempre se ha realizado sobre el impacto de gasto social autonómico. Mantenemos la hipótesis de que debería duplicarse el esfuerzo en Salud pública de todas las administraciones.

GRÁFICO 5.19.

GASTO PÚBLICO SOBRE PIB 2018 EN SALUD PÚBLICA EN PAÍSES DE REFERENCIA



Fuente: OCDE.

668,5 millones de euros. Duplicar el esfuerzo autonómico significaría incrementar la dotación asignada un 0,056% sobre PIB nominal (año base 2018) adicional.

5.1.4. Ampliación y renovación del equipamiento tecnológico sanitario

La reciente publicación del informe de la segunda fase del Spending Review de la AIReF *Gasto hospitalario del SNS: farmacia e inversión en bienes de equipo* incide en la necesaria ampliación y actualización del parque actual de equipamiento hospitalario de alta tecnología en España.

Según los datos disponibles, la inversión en equipos de alta tecnología[221] en los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud español (SNS)

[221] Los equipos considerados dentro de la categoría de alta tecnología en el estudio de la AIReF son los siguientes: Angiógrafos Digitales (ASD), Densitómetros óseos (DO), Gamma cámaras (GAM), Mamógrafos (MAM), Tomografía por emisión de positrones (PET/PET-TC), Resonancias magnéticas (RM), Tomografía por emisión de fotones (SPECT), Tomografía axial computarizada (TAC), Aceleradores lineales de partículas (ALI), Bombas de telecobaltoterapia (COBALT), Equipos de Hemodiálisis (DIAL), Equipos de Litotricia Renal (LIT), Salas de Hemodinámica en funcionamiento (HEM).

asciende a 320[222] millones de euros en 2018, tan solo el 0,5% del gasto sanitario total. De esta inversión, el 48% se destinó a adquisición de nuevos equipos y el resto a la cobertura de su mantenimiento. En términos acumulados desde 2010, el gasto en adquisición de estos equipos se ha limitado a 536,2 millones en los ocho años de referencia, advirtiéndose desde 2015, con el inicio de la recuperación económica, un crecimiento significativo en la compra de estos equipos.

Centrándonos en las comunidades autónomas, este gasto acumulado[223] presenta una importante heterogeneidad. Las comunidades que registran mayor nivel de gasto son País Vasco y Andalucía, con importes superiores (90 y 82 millones de euros acumulados respectivamente), mientras que las que se posicionan en el rango inferior son Castilla-La Mancha, La Rioja y Extremadura.

Aunque el porcentaje de gasto sanitario que representa anualmente la adquisición y mantenimiento de los bienes de equipo de alta tecnología tiene una significatividad baja en comparación con otros epígrafes de gastos, se trata de una partida de gasto de especial trascendencia por sus costes de adquisición y funcionamiento, su potencial en la generación de ahorros y su papel clave en la calidad de la asistencia sanitaria. En el escenario pospandemia su actualización adquiere aun mayor relevancia para abordar las nuevas demandas que ha traído consigo la emergencia sanitaria y superar los retrasos acumulados en los procedimientos de diagnóstico, que han alargado todavía más las listas de espera. En este sentido, resultan de gran interés las conclusiones de la AIReF en cuanto a disponibilidad e intensidad de uso de este equipamiento en el territorio nacional:

Bajo nivel relativo de dotación de equipamiento por habitante

En términos de dotación por cada millón de habitantes, España todavía se encuentra por debajo de la media de los países de la OCDE en la

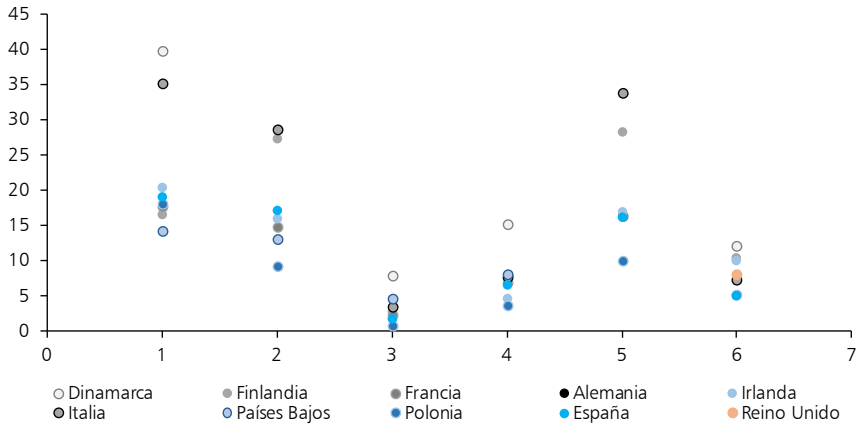
[222] Fuente: AIReF, Estudio del *Gasto hospitalario del Sistema Nacional de Salud: farmacia e inversión en bienes de equipo* (evaluación del gasto público 2019), a partir de datos del Ministerio de Sanidad, *Cuestionario de equipos de alta tecnología para los hospitales* y SIAE. El dato hace referencia únicamente a equipos instalados en hospitales públicos, y se incluye el coste de adquisición imputado a cada partida de la contabilidad presupuestaria (inversiones, arrendamientos y resto) de los equipos adquiridos bajo las modalidades de cesión y/o donación y el gasto en mantenimiento.

[223] Fuente: AIReF, Estudio del *Gasto hospitalario del Sistema Nacional de Salud: farmacia e inversión en bienes de equipo* (evaluación del gasto público 2019), a partir del *Cuestionario de equipos de alta tecnología para los hospitales.*

mayor parte de los tipos de equipos de tecnología tipificados. Esta situación de desventaja se observa a pesar del aumento registrado en la dotación por habitante entre 2010 y 2017 (17%), que afecta a casi todas las modalidades de equipamiento. El incremento fue especialmente notable en PET y SPECT, puesto que se partía de muy pocos equipos instalados en 2010.

GRÁFICO 5.20.

DOTACIÓN DE UNIDADES DE EQUIPO DE ALTA TECNOLOGÍA POR TIPOS POR MILLÓN DE HABITANTES (2018)



Fuente: Health Care Resources. Medical Technology (OCDE).

En relación a los tipos de equipamiento, las ratios correspondientes a España se encuentran en el tramo inferior entre los países de referencia, especialmente en PET, Mamógrafos y Equipos de Radiación.

Mayor grado de obsolescencia del parque de equipos de alta tecnología instalada

La COCIR[224] ha expresado en su informe más reciente[225] (2019) su preocupación por el deterioro de la antigüedad de la base instalada de equipos de

[224] COCIR es la Asociación de Comercio Europea que representa a las industrias de imágenes médicas, radioterapia, TIC para la salud y electromedicina.

[225] Medical Imaging Equipment. *Age profile and density. Ed. 2019*.

imágenes médicas en Europa. Aproximadamente una quinta parte de dichos equipos tienen ahora más de diez años, lo que complica su mantenimiento y algunos procedimientos. En este contexto, España se encuentra con uno de los grados más altos de obsolescencia de su equipamiento. Aproximadamente un 40% de su equipo instalado cuenta con más diez años de antigüedad.

Como fórmula para valorar el grado de obsolescencia técnica de los equipos sanitarios de alta tecnología se dispone del estándar fijado por el COCIR como criterio para la renovación de los mismos ("Regla de Oro"). En virtud de esta regla se recomienda que: a) al menos el 60% de los equipos instalados en un centro tenga menos de cinco años, b) como máximo el 30% de los equipos cuenten entre seis y diez años de antigüedad, y c) se limita al máximo de 10% la tecnología disponible con antigüedad superior a diez años. España supera ampliamente dicho límite, lo que justifica la necesidad de una inversión específica con carácter urgente en este ámbito, máxime teniendo en cuenta las perspectivas de progresivo envejecimiento demográfico que van a conllevar mayores desafíos sanitarios y sociales.

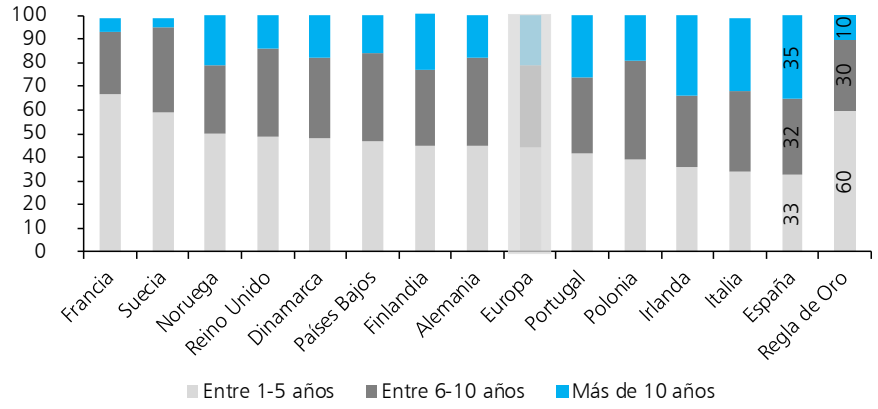
La información que facilita COCIR se ciñe a los aparatos de tomografía computerizada, resonancia magnética, Rayos X y tomografía de emisión de positrones (PET). Como se deduce de los gráficos 5.21. a 5.24., España registra los mayores grados de obsolescencia técnica en todos los equipos incluidos en el análisis COCIR.

No obstante, los equipos no solamente se ven afectados por la obsolescencia técnica, sino que también deberían evaluarse desde la perspectiva de la obsolescencia clínica, esto es, en qué medida un equipamiento instalado y utilizado se ha visto superado por otros disponibles en el mercado que ofrecen mejoras técnicas o en las prestaciones y una mayor efectividad en la práctica clínica. En contraste con la obsolescencia técnica, su valoración resulta mucho más compleja por el alto componente de subjetividad que conlleva. Tras la irrupción de la pandemia, asumimos una mayor presión en la demanda de renovación de equipos para lograr mayor eficiencia en otros tratamientos y reducir con ello la carga hospitalaria.

La evaluación de la AIReF vuelve a poner el foco en las diferencias territoriales. Aunque prácticamente todas ellas superan los estándares de obsolescencia, las diferencias son muy notables entre ellas. Asturias, Murcia y Valencia disponen del parque más renovado, mientras que La Rioja, Castilla-La Mancha y Aragón se encuentran entre los más antiguos. En general, en todas las comunidades, a excepción de Islas Baleares, se observa que, como mínimo, el 20% de los equipos tienen más de 10 años.

GRÁFICO 5.21.

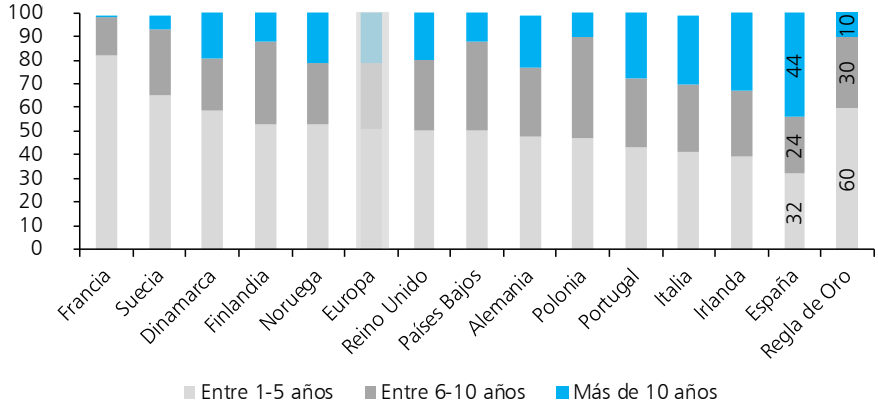
ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA (TAC) EN PAÍSES EUROPEOS Y CUMPLIMIENTO DE LA REGLA DE ORO (CIERRE 2018) (Porcentaje)



Fuente: Age profile and density 2019 (Cocir).

GRÁFICO 5.22.

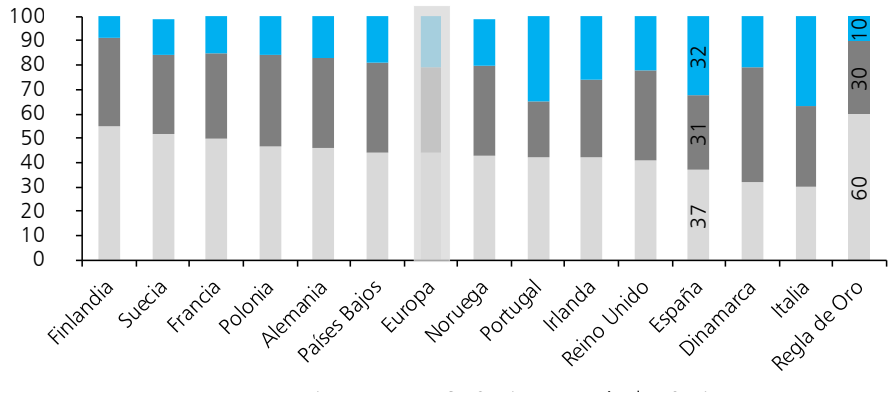
ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) EN PAÍSES EUROPEOS Y CUMPLIMIENTO DE LA REGLA DE ORO (CIERRE 2018) (Porcentaje)



Fuente: Age profile and density 2019 (Cocir).

GRÁFICO 5.23.

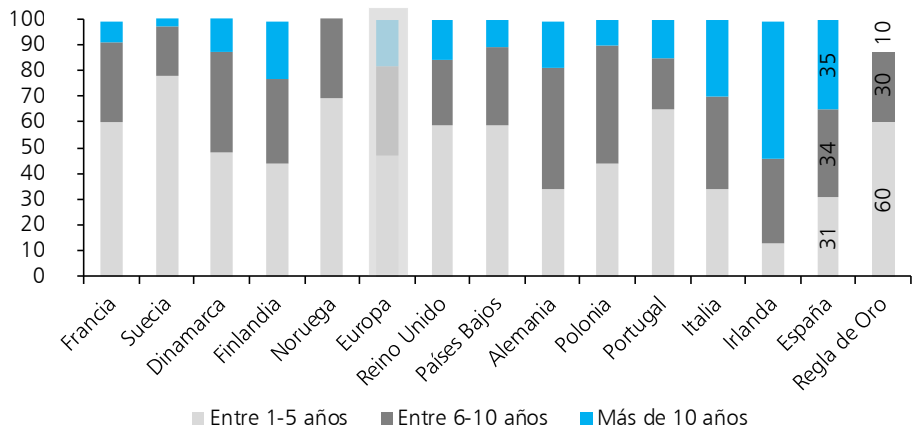
ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS DE ANGIÓGRAFOS RAYOS X (RXA) EN PAÍSES EUROPEOS Y CUMPLIMIENTO DE LA REGLA DE ORO (CIERRE 2018) (Porcentaje)



Fuente: Age profile and density 2019 (Cocir).

GRÁFICO 5.24.

ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS DE IMAGEN MOLECULAR PET (IM-PET) EN PAÍSES EUROPEOS Y CUMPLIMIENTO DE LA REGLA DE ORO (CIERRE 2018) (Porcentaje)



Fuente: Age profile and density 2019 (Cocir).

Baja intensidad de uso de los equipos instalados

Otra cuestión clave en la valoración de la necesidad de renovación de los equipos de alta tecnología en España es el grado de intensidad o uso que presentan. El informe de evaluación de la AIReF concluye que la intensidad de uso es baja, indicando una infrautilización del equipamiento tecnológico. Atendiendo a los datos disponibles, el uso es menor en los equipos TAC, cámaras gamma y los mamógrafos. También se observan diferencias pronunciadas entre comunidades autónomas, siendo especialmente amplias en el caso de los equipos PET y las gamma cámaras. En general, las comunidades que muestran mayor intensidad de uso de los equipos en centros públicos son Asturias, Castilla y León y la Comunidad de Madrid, mientras que ocupan las posiciones inferiores Extremadura, Galicia y Navarra.

A partir de estas conclusiones (disponibilidad relativa de recursos inferior a la media OCDE, alto grado de obsolescencia técnica de los equipos, previsible empeoramiento de la obsolescencia clínica y bajo uso de los recursos), la AIReF recomienda abordar una estrategia de inversión en bienes de equipo de alta tecnología que facilite la convergencia del SNS con la media europea en dotación y nivel de obsolescencia. No obstante, debe tenerse en cuenta los indicadores de baja intensidad de uso de estos equipos, por lo que lo óptimo será diseñar esta estrategia de forma coordinada a nivel nacional que pudiera facilitar incluso la utilización interregional de los nuevos equipamientos.

La evaluación de la AIReF estima el importe que habría supuesto acometer estas necesidades de inversión entre 2018 y 2019. Bajo el supuesto de renovación de los equipos cuya antigüedad es superior a su vida útil, teniendo en cuenta el grado de utilización de los mismos, la Autoridad Fiscal calcula una inversión adicional para el SNS entre los 243 y 356 millones de euros. Y para converger con la media de países de la OCDE en nivel de dotación por millón de habitantes, es necesaria una inversión entre 203 y 282 millones de euros, que se elevaría hasta los 313 y 437 si el objetivo se centra en la media de los países de Europa occidental.

En suma, acometer la renovación y ampliación del parque de equipos de alta tecnología habría supuesto en los dos años de referencia (2018-2019), una inversión de alrededor de 608 millones de euros, de los cuales 299,5 se destinarían a renovación y 308,8 a ampliación.

La crisis sanitaria y económica que ha provocado la pandemia exige en mayor medida aplicar modelos orientados a mejorar resultados y eficiencia, en un

entorno en los próximos años —a partir de 2022— en los que no se espera que los recursos autonómicos recuperen los niveles actuales. La apuesta por un modelo de cogobernanza, aplicable al Plan de Renovación de Equipamiento Tecnológico previsto en el proyecto presupuestario[226], va a ser crucial en el corto y medio plazo con el objetivo de gestionar adecuadamente los recursos necesarios para superar la pandemia y enfrentarnos con eficiencia a un nuevo entorno en los próximos años.

Por último, hay que tener en cuenta los importes que recoge el proyecto presupuestario 2021 para reforzar el gasto sanitario. Algunos de estos conceptos incrementarán el nivel de gasto sanitario gestionado por el Estado, si bien otros, como la previsión de financiación para la implantación del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria[227] son fondos que serán gestionados por las comunidades autónomas.

FIGURA 5.1.

PROPUESTAS DE LA AIREF PARA LOS BIENES DE EQUIPO DE ALTA TECNOLOGÍA

Toma de decisiones: renovación, ampliación e innovación	*Uso racional de los equipos y mantenimiento*
■ Parque de equipos • Desarrollo de un plan de inversión específico que permite converger a la media europea en dotación y obsolescencia (688 millones de euros en dos años)	■ Inventario y registro de información de los equipos • Establecimiento de sistemas integrados que permitan la gestión conjunta del inventario de equipos, mantenimiento, agendas y uso
■ Planificación para el proceso de toma de decisiones • Planificación estratégica a nivel nacional y regional sobre incorporación y financiación de equipos • Implantación de modelos para sistematizar, objetivar y priorizar la toma de decisiones de adquisición y renovación de equipos	■ Uso racional de equipos de alta tecnología • Revisión, control y validación de la indicación de pruebas diagnósticas y de la actividad con los equipos
■ Contratación • Configuración de equipos de contratación especializados y fomento del trabajo en red	■ Mantenimiento de equipos • Recomendación de mantenimiento de equipos preventivo y correctivo y disponer de equipo de electromedicina

Fuente: Estudio del Gasto Hospitalario del Sistema Nacional de Salud: farmacia e inversión en bienes de equipo (evaluación del gasto público 2019), (AIReF).

[226] Se prevé una dotación de 400 millones de euros a cuenta de los PGE 2021.

[227] La previsión presupuestaria asciende a 1.089 millones de euros que serían puestos a disposición por el Estado. Atendiendo a las directrices del citado Marco Estratégico buena parte de estos recursos se destinarán a política de recursos humanos en Atención Primaria y Comunitaria.

5.2. Impacto sobre el nivel de gasto educativo

El gasto educativo se ha visto también afectado en el corto plazo, aunque de forma menos significativa que el sanitario, con nuevas necesidades asociadas principalmente a los requerimientos de seguridad sanitaria que exige la educación presencial o semipresencial: contratación de nuevo profesorado para ajustar las clases a ratios más reducidas y seguras, medios humanos y materiales adicionales para asegurar una mayor desinfección y limpieza, ventiladores y filtros para garantizar la calidad del aire y adaptación de las infraestructuras a las normas de seguridad de distancia personal (comedores, espacios comunes, etcétera.) y adecuación de espacios como aulas adicionales en respuesta al redimensionamiento de los grupos.

Con el objetivo de dar una respuesta adecuada al gasto autonómico adicional que se esperaba que emergiera con el estallido de la pandemia, el Estado aprobó en junio una transferencia extraordinaria no reembolsable por un importe global de 16.000 millones de euros destinada a las comunidades autónomas. Aunque este desembolso no tiene carácter finalista, su reparto se ha realizado en cuatro bloques, en función de variables distintas según los objetivos de financiación de cada uno y con diferente calendario de pago. Los bloques I y III, que ascienden en su conjunto a 9.000 millones de euros, se han repartido en función de la mayor incidencia de la enfermedad y su previsible impacto en el gasto sanitario. En cambio, el bloque II está ligado a las nuevas necesidades de gasto educativo con un importe de 2.000 millones de euros que fueron abonados en el mes de septiembre. Este montante supone un 5% del total de gasto educativo en 2018 por lo que no sería aventurado pensar que el importe íntegro (y posiblemente más) se va a consolidar en los próximos años. Es cierto que el carácter no finalista de este fondo va a impedir conocer en qué medida la financiación teóricamente asignada va a ser suficiente para dar cobertura a las nuevas necesidades de gasto educativo y no será hasta que dispongamos de la liquidación presupuestaria de cada comunidad autónoma cuando conozcamos si las desviaciones al alza en gasto educativo han sido superiores a los importes asignados por este bloque II.

Esta previsible consolidación del gasto educativo excepcional en 2020 se explica no solo por las medidas de seguridad sanitaria, sino también por otras necesidades como consecuencia del confinamiento para ir adaptando el sistema educativo. En este sentido, va a ser necesario reforzar la educación digital para que pueda convertirse en una alternativa posible y eficaz en caso de nuevas emergencias.

Recordemos que en el epígrafe 3.2.2., advertíamos que la estructura de gasto educativo no universitario en España presentaba un mayor sesgo hacia el

gasto corriente con respecto a la media UE-23 y OCDE. Sin embargo, las necesidades de equipamiento tecnológico para resolver de forma eficaz la asistencia *online* a clase, no solo implica un gasto de capital adicional (cámaras, tablets, aplicativos, facilidades para alumnos con menos capacidad económica familiar, etc.), sino también gasto corriente, dado que es esencial formación específica para el profesorado y su adaptación a clases de tipo mixto.

El gasto de capital se incrementará, no solo en equipamiento tecnológico, sino también para adaptar las instalaciones a ratios más reducidas de alumnos por aula y las medidas de distancia personal que exige la seguridad sanitaria. La urgencia por dar respuestas eficaces a estas nuevas exigencias, especialmente en materia de reducción de ratios, ha supuesto llevar a cabo obras de adecuación con carácter inmediato y con difícil resolución dado que muchos centros no disponen de espacios suficientes para esta acomodación.

Por el lado del gasto corriente, podría esperarse que las nuevas ratios por aula puedan mantenerse en los centros que cuenten con instalaciones plenamente adaptadas, con lo que implicaría un aumento del gasto en retribuciones motivado por un incremento de la plantilla. En cuanto al nivel retributivo, ya vimos en epígrafes anteriores que los alcanzados en España están alineados con las medias internacionales.

En nuestro planteamiento, el gasto educativo debería converger al nivel de gasto por estudiante con las medias europea y OCDE, desplazando al alza la curva de gasto per cápita. Bajo este supuesto, el gasto se incrementaría en 2020 un 12,7%, alrededor de 5.240 millones de euros, para adecuar el nivel de educación a los referentes europeos. La realidad ha impuesto su propio escenario, y las comunidades autónomas han recibido una financiación extraordinaria con el objetivo de aplicarla a gasto educativo, que supone casi el 40% del incremento en nuestra hipótesis de crecimiento previo a la pandemia (antes, complementario). En estas circunstancias, y teniendo en cuenta que el curso 21-22 va a exigir de nuevo requerimientos especiales en las aulas, es previsible que el nivel de gasto alcanzado se consolide en 2021, manteniendo la evolución para dicho año y sucesivos con respecto a las proyecciones demográficas previstas en nuestro ejercicio pre-COVID.

Por este motivo, en nuestro escenario ("escenario prepandemia") asumimos la elevación del nivel de gasto per cápita por edad y género para la educación no universitaria y universitaria en 2.000 millones de euros en 2020[228, 229].

[228] El coeficiente por el que se desplaza la curva inicial de gasto per cápita es el 1,042.

[229] Suponemos que las comunidades autónomas han aplicado en media íntegramente el importe previsto en el Bloque III del Fondo Covid a gasto educativo.

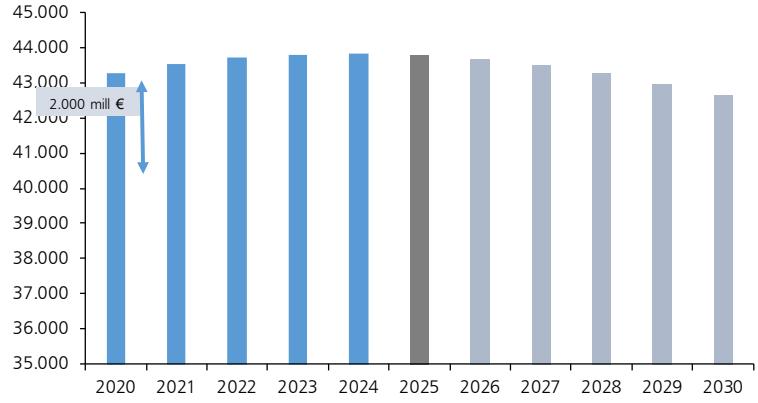
En 2021 consideramos que se mantendrán presiones para no devolver el nivel de gasto educativo al nivel pre pandemia, no solamente por la prolongación de los efectos de la pandemia en los cursos 2020/2021 y 2021/ 2022, sino sobre todo por una mayor sensibilidad frente a nuevas necesidades de gasto: inversiones en digitalización de la educación y adecuación de infraestructuras[230] o, gasto corriente dirigido a mantener la contratación de los nuevos profesores o formación permanente de los docentes.

De forma similar a lo que ocurría en el escenario resultante previo a la pandemia, el incremento de nivel de gasto en un ejercicio concreto no se consolidaría en largo plazo como consecuencia de la caída de la población con mayor prevalencia en los procesos educativos (enseñanza no universitaria y universitaria) en la segunda parte de la década. En concreto, el gasto educativo total en términos reales iniciaría una trayectoria decreciente a partir de 2025.

Esta previsión constata que el coste en recursos para converger hacia la media UE en gasto por estudiante acaba compensándose a nivel agregado como consecuencia de las proyecciones demográficas en los próximos años, lo que permitirá liberar recursos para otras necesidades sociales (sanitarias o dependencia) y facilitar el ajuste de gasto para el retorno al cumplimiento de las reglas fiscales.

GRÁFICO 5.25.

EVOLUCIÓN DEL GASTO EDUCATIVO TOTAL HASTA 2030. ESCENARIO POSPANDEMIA. (Millones de euros, en términos reales, año base 2020)

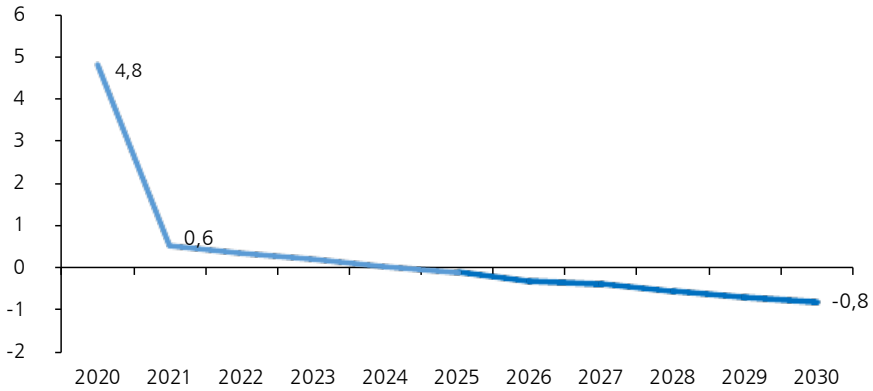


Fuente: Elaboración propia.

[230] No solamente motivadas por la seguridad sanitaria, sino también por la introducción de criterios de eficiencia energética y lucha contra el cambio climático.

GRÁFICO 5.26.

VARIACIÓN I.A. GASTO EDUCATIVO TOTAL HASTA 2030. ESCENARIO COVID. (GASTO EN TÉRMINOS REALES, AÑO BASE 2020) (Porcentaje)



Fuente: Elaboración propia.

5.3. Impacto sobre el nivel de gasto en dependencia

Sin duda ha sido el modelo vigente de atención a la dependencia el que ha mostrado mayor fragilidad frente a la pandemia. El sistema venía arrastrando importantes debilidades desde su arranque en 2006, que se agudizaron con la reforma normativa de 2012, cuando se suprimió el nivel convenido de financiación y se recortaron las aportaciones del nivel mínimo. Todo ello desembocó en un nivel de gasto sobre PIB muy alejado de los países de referencia, un gasto medio por dependiente muy inferior al coste real de las prestaciones del sistema, y un porcentaje significativo de personas con derecho a las prestaciones que se han mantenido en un "limbo" a la espera de recibir los beneficios sociales reconocidos por el sistema. Pero este "limbo" no solo ha sido consecuencia de recursos públicos limitados; también la red de infraestructuras y medios disponibles ha dejado al descubierto la inadecuación a una demanda en crecimiento progresivo.

Los estragos que ha causado la pandemia en la población más vulnerable y, especialmente en los usuarios de residencias, ha puesto el foco de atención en la revisión del modelo actual de prestaciones. El Dictamen para la Reconstrucción Social y Económica ha recogido propuestas interesantes para avanzar en un mejor sistema de cuidados, pero queda pendiente una cuestión clave que es la articulación de un sistema de gobernanza que adopte decisiones sobre la reconversión del sistema. Muchas de las actuaciones son pasos imprescindibles

hacia la definición de un nuevo modelo de atención a la dependencia, pero retardan el impacto directo sobre asignación de mayores recursos. Entre estas, destacar:

- La elaboración de un Libro Blanco de las profesiones de referencia de los servicios sociales y en particular, de servicios de cuidados que pueda derivar en una normativa marco nacional.

- La disponibilidad de un catálogo de referencia de prestaciones desde criterios básicos de calidad, organización funcional y territorial y las competencias en las prestaciones de servicios y económicas.

- Evaluación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para promover recomendaciones en su funcionamiento y promover más eficiencia.

- Acuerdo sobre mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de los servicios sociales en el marco de las competencias autonómicas, fijando ratios de profesionales por habitantes.

- Elaborar, junto con las comunidades autónomas, planes de contingencia para prevenir y resolver posibles rebrotes de COVID 19 o crisis similares.

Entre las propuestas, algunas tienen impacto directo sobre el gasto en dependencia:

- Promoción de ratios adecuados de profesionales por población atendida.

- Puesta en marcha de programas de formación de profesionales para cubrir la fuerte demanda de trabajo prevista.

- Aumentar servicios y recursos de apoyo a los distintos tipos de envejecimiento.

- Promover la coordinación de los sistemas sanitario y social con estándares de calidad en ambos sistemas. Se propone una coordinación a nivel domiciliario, contando con un seguimiento social y sanitario apoyado en teleasistencia avanzada, y en residencias, a través de los centros de salud. Igualmente se propone la creación de un órgano de coordinación entre los sistemas sanitario y social de atención a dependencia.

En suma, las propuestas del Dictamen reconocen la necesidad de mejorar las condiciones laborales de los profesionales del sistema de cuidados, reforzar la plantilla teniendo en cuenta ratios adecuadas de disponibilidad por población, aumentar los servicios y recursos de apoyo y, de manera específica, apuesta por una mayor coordinación sociosanitaria, que como ya vimos en apartados anteriores es habitual en algunos países de referencia.

La primera iniciativa de refuerzo económico del sistema ha surgido del Estado. El proyecto presupuestario para 2021 tiene previsto un aumento de los recursos aportados para la dependencia de 603 millones de euros. Una parte de este incremento se explica por la elevación en 290 millones de euros, un 19,9%, del nivel mínimo que financia el Estado[231], y por otro, el restablecimiento del nivel convenido que se dota con 283 millones de euros. De este modo, el nivel mínimo, contando con la aportación autonómica, se elevaría a los 1.746 millones de euros.

Aunque se trata de un paso significativo por parte del Estado, queda por conocer el grado de compromiso autonómico con la renovación y refuerzo del modelo vigente[232], en un marco como vemos muy heterogéneo, tanto en normativa reguladora, en el detalle de determinadas prestaciones, en la colaboración con el sector privado y concertación de plazas residenciales / centros de día, y en la configuración de las aportaciones económicas que se requieren a los beneficiarios. Dado que las proyecciones que hemos realizado se restringen a la aportación neta autonómica sobre el sistema, resulta clave conocer la reacción de las comunidades autónomas en lo relativo a un posible aumento de sus aportaciones, tanto en el Nivel mínimo como en el recuperado Nivel convenido. Recordemos que hasta ahora la reducción de la aportación estatal se estaba compensando con mayores contribuciones netas de las comunidades al sistema. Un avance de la dirección adoptada se deducirá de la revisión de sus respectivos presupuestos para 2021 y su política en materia de dependencia. La oportunidad de acceso a financiación europea que va a brindar la UE hasta 2023 a través del Fondo de Recuperación Europeo y los instrumentos[233] deberá aprovecharse para canalizar recursos hacia nuevos modelos de prestaciones sociales que garanticen los mejores cuidados y una respuesta adecuada frente a nuevas emergencias, máxime cuando está prevista una colaboración específica con las comunidades autónomas en la ejecución de estos fondos. Adecuar la oferta de prestaciones a una demanda que va a crecer progresivamente obliga a abordar una reflexión institucional con la participación de los principales acto-

[231] Con el objetivo de atender a más beneficiarios y aumentar las cuantías de cada grado de dependencia (Grado III, Gran dependencia, de 190,13 euros/mes a 235 euros/mes, Grado II, Dependencia severa, de 84,49 euros/mes a 94 euros/mes, y Grado I, Dependencia moderada, de 47,38 euros a 60 euros/mes).

[232] Recordemos que nuestras proyecciones parten de un coste neto autonómico en dependencia de 5.479 millones de euros en el año base 2018.

[233] La Facilidad para la Recuperación y Resilencia y el REACT-EU.

res públicos y privados sobre cómo definir y concretar la renovación de la red de infraestructuras para el desarrollo de las prestaciones[234].

Por tanto, nuestro escenario más factible pospandemia pasa con carácter más inmediato por priorizar la eliminación de las actuales tasas de limbo, tal como planteamos en el epígrafe 3.4.4.2. Este objetivo puede verse favorecida por el crecimiento de la aportación estatal y por la generación de un fácil consenso autonómico con un compromiso común por lograr que todo beneficiario con derechos reconocidos pueda acceder de forma ágil a las prestaciones concedidas. El incremento de recursos autonómicos que anticipamos ascendía a 2.067 millones de euros en 2020, importe asumible entre 2020 y 2021 teniendo en cuenta la financiación extraordinaria que están recibiendo y van a recibir el próximo año[235] las comunidades autónomas. En términos porcentuales se trata de un incremento interanual del 28% sobre el nivel de aportación neta autonómica estimada en 2019. Este aumento estaría en sintonía con la previsión de aumento de la aportación estatal incluida en el proyecto presupuestario 2021.

Por tanto, mantenemos como hipótesis las proyecciones resultantes en el escenario elaborado en el capítulo 3 con el objetivo de eliminar la tasa de limbo del SAAD, que suponen un incremento del gasto en torno a los 2.000 millones de euros en 2020, a la espera de nuevos acuerdos institucionales hacia un modelo innovador y resiliente frente a nuevas crisis o emergencias.

CUADRO 5.2.

RESUMEN DE METODOLOGÍA APLICADA A CADA EPÍGRAFE DE GASTO

Ámbito de inversión	*Iniciativas/concreción*	*Metodología*	*Estimación*
Sanidad			
Digitalización de los servicios sanitarios	Telemedicina, teleasistencia, teleconsulta Coordinación entre áreas sanitarias y sociales	*Benchmark* internacional	
Refuerzo efectivo	Atención primaria Hospitalarias	Convergencia referentes	

[234] Entre las cuestiones a debatir: la puesta a disposición de nuevos centros residenciales con modelos innovadores de gestión, la promoción de viviendas tuteladas, la posible medicalización de los centros residenciales o cómo abordar la mayor coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

[235] Está previsto un nuevo Fondo no reembolsable por importe de 13.400 millones de euros.

CUADRO 5.2. *(continuación)*

RESUMEN DE METODOLOGÍA APLICADA A CADA EPÍGRAFE DE GASTO

Ámbito de inversión	*Iniciativas/concreción*	*Metodología*	*Estimación*
Política RR.HH.	Atracción y retención de talento Homogenización cobertura (puestos menos atractivos y zonas rurales)	Convergencia referentes/ benchmark	
Salud pública y fomento medicina preventiva		Convergencia UE	
Actualización de la tecnología sanitaria		Recomendaciones AIReF	
Adecuación de infraestructuras y equipamiento		Recomendaciones AIReF	
Educación			
Digitalización de los servicios educativos Formación y familiarización con la educación a distancia Refuerzo efectivos para mantenimiento de ratios		Escenario complementario: convergencia media OCDE	
Adecuación de las infraestructuras para nuevas ratios			
Dependencia			
Eliminación del limbo Actualización del gasto público por dependiente		Escenario complementario	
Inversión en la ampliación de la oferta de servicios Coordinación con las áreas sanitarias Revisión del modelo actual de prestación		Convergencia países referencia Gasto/PIB	

5.4. Nuevo escenario del gasto social autonómico tras la pandemia

Las distintas hipótesis de presión sobre el gasto social autonómico en la década 2020 30 que hemos asumido para los tres servicios públicos esenciales, nos sitúan en un escenario de revisión sobre los que ya definimos en el entorno previo a la pandemia. Los nuevos niveles de gasto sobre PIB real tras los esfuerzos de gasto previstos en 2020 y su previsible consolidación en ejercicios futuros, no solo están condicionados por el incremento significativo de los empleos no financieros, sino por el notable ajuste que la pandemia ha provocado sobre el PIB, que elevan el nivel de gasto social por efecto base.

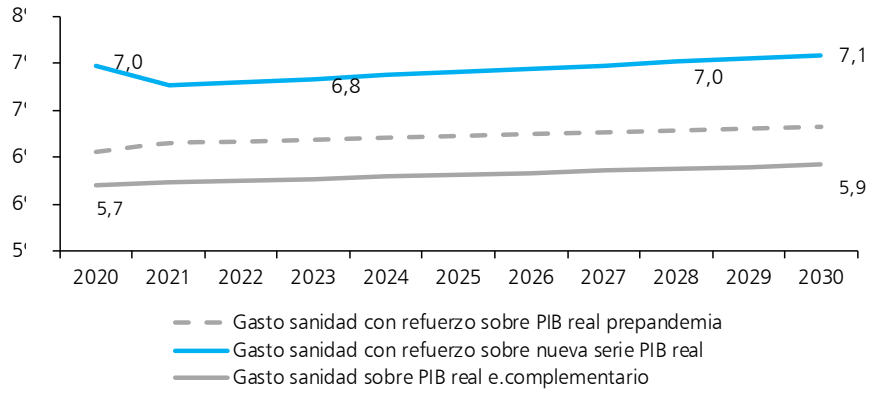
En el caso del gasto sanitario autonómico, el refuerzo que hemos estimado supone un 7,4% de mayor gasto real que en el escenario[236] que asumimos antes de la irrupción de la pandemia, es decir, unos 5.125 millones de euros en términos reales.

Como se advierte en el gráfico 5.26., se produce una elevación del nivel de gasto sobre PIB real muy significativa de casi 1,3 puntos de PIB[237], y se mantendría cerca del 7,1% hasta 2030[238], lo que supone 1,2 puntos más con respecto al nivel que se hubiera alcanzado en nuestro escenario previo a la pandemia.

La elevación del nivel de gasto sanitario en términos de PIB resituaría a España en el contexto internacional en términos relativos[239]. Si el gasto adicional en sanidad en 2020 que estimamos aplicando los supuestos del epígrafe 6.1. se

GRÁFICO 5.27.

NIVEL DE GASTO SANITARIO AUTONÓMICO SOBRE PIB REAL CON LA ESTIMACIÓN DEL REFUERZO Y CONSOLIDACIÓN TRAS LA PANDEMIA (ESTIMACIONES ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA) Y ESCENARIO PREPANDEMIA (Porcentaje del PIB)



Fuente: Elaboración propia.

[236] Inercial y afectado los cambios tecnológicos en sentido amplio (procedimientos, equipos, farmacia, etc.) con el resto de factores constantes.

[237] Que tiende a descender de forma brusca a consecuencia de las perspectivas de recuperación económica en 2021.

[238] Hay que tener en cuenta que se limita al gasto sanitario autonómico, no se tiene en cuenta la parte gestionada por el Estado y las CC. LL, que elevarían el total.

[239] En términos por habitante el impacto sería inferior y el reposicionamiento más moderado

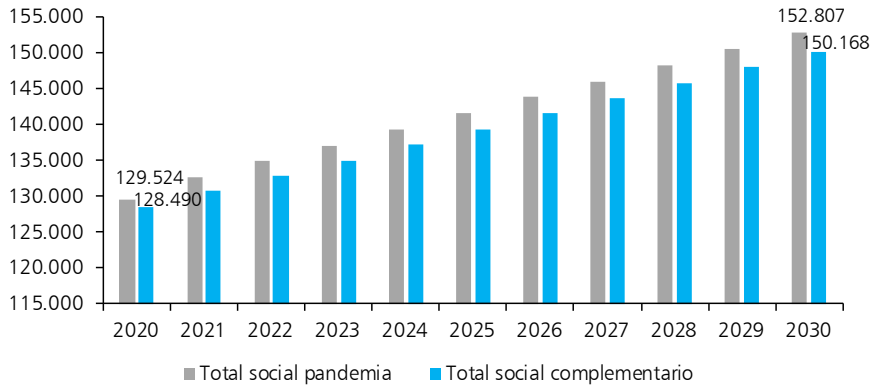
pone en relación al PIB nominal estimado tras la pandemia, alcanzaría un 6,7% del PIB, sin incluir gasto gestionado por la Administración Central ni las CC.LL. En consecuencia, España mejoraría su posición relativa en términos de gasto sobre PIB, superando posiblemente a la media OCDE y a corta distancia de la media UE12. No obstante, como puede advertirse en el gráfico 5.26, más de la mitad de este aumento de nivel se explica por la caída del PIB.

La estimación de nuestro escenario de gasto social autonómico hasta 2030 incluye las hipótesis de evolución del gasto educativo recogidas en el epígrafe 6.2. con unas proyecciones que incrementan el nivel de gasto hasta la mitad del estimado para nuestro escenario prepandemia. En lo que respecta a los servicios sociales mantenemos íntegramente —como explicamos en el epígrafe 6.3.— el escenario prepandemia.

Las proyecciones de gasto social autonómico en términos reales no quedan, en conjunto, muy alejadas de nuestro escenario pre pandemia. Aunque las proyecciones de gasto sanitario suponían un importante incremento en 2020 con tendencia a consolidarse, el escenario que planteamos en gasto educativo supone un salto de nivel que se queda a mitad del que anticipamos en un entorno prepandemia, con un aumento de 2.000 millones de euros en

GRÁFICO 5.28.

NIVEL DE GASTO SOCIAL AUTONÓMICO CON LA ESTIMACIÓN DEL REFUERZO Y CONSOLIDACIÓN TRAS LA PANDEMIA VS. ESCENARIO PREPANDEMIA EN TÉRMINOS REALES
(Millones de euros)



Fuente: Elaboración propia.

línea con la financiación del Bloque III del Fondo COVID recibida en 2020. En dependencia y otros servicios sociales consideramos que el escenario adicional que describimos en el epígrafe 3.4.4. es más verosímil con la irrupción de la pandemia; y no hay datos ni avances firmes hasta el momento para suponer incrementos adicionales de gasto. La diferencia entre ambos escenarios en dependencia (previo y post pandemia) es un incremento extra de unos 1.800 millones de euros en 2020, hasta los 2.638 millones diez años después.

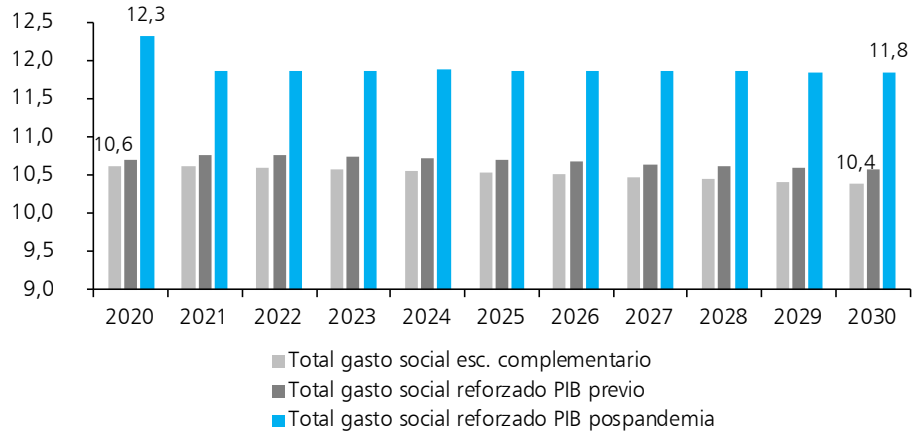
El gasto social autonómico sobre PIB real alcanzaría el 12,3% en 2020. El refuerzo esperado del gasto tendría un impacto muy limitado (apenas una décima más) mientras que es el ajuste de la actividad lo que explica principalmente el cambio de nivel. Solo en 2020 el impacto global subiría hasta 1,7 puntos porcentuales del PIB sobre nuestro escenario anterior prepandemia. La progresiva recuperación económica en la década siguiente —en ausencia de nuevos refuerzos del gasto social— conduciría a reducir el 12,3% de gasto sobre PIB hasta el 11,8%.

Desde la perspectiva de la sostenibilidad fiscal, debemos recordar que la situación de excepcionalidad de la pandemia ha supuesto la suspensión temporal de las reglas fiscales en la Unión Europea, y es previsible que esta situación —a la vista de la evolución de la pandemia en los países europeos— se prorrogue durante más tiempo del inicialmente esperado. Por tanto, concentrar la subida de gasto social en los primeros años 2020-2021 supone una clara quiebra "potencial" de las reglas fiscales (déficit, deuda y regla de gasto).

Como se aprecia en el gráfico 5.29, el salto cuantitativo que supone el doble efecto de refuerzo y efecto base del PIB real, alcanza 1,7 puntos porcentuales de PIB en 2020 y prácticamente se mantiene durante todo el periodo, con 1,5 de incremento sobre las estimaciones previas en 2030. Con este cambio de entorno, y aun teniendo en cuenta el momento actual de excepcionalidad en el cumplimiento de las reglas fiscales, es de esperar un fuerte desequilibrio fiscal en 2020, que podría superar a nivel agregado el 11% del PIB. La corrección de semejante desequilibrio de las cuentas públicas llevará varios ejercicios, y ni siquiera el efecto rebote previsto en 2021 nos va a permitir aproximarnos a valores inferiores al 3% como establecen las reglas, al menos hasta 2023. Sin embargo, en el detalle por subsectores, el apoyo financiero recibido por las comunidades autónomas en 2020 y 2021 (entregas a cuenta no actualizadas por la crisis, fondos extraordinarios sin contraprestación y liquidaciones significativas de ejercicios anteriores), y los recursos excepcionales recibidos por el Fondo COVID, van a amortiguar sus desequilibrios al menos hasta 2022.

GRÁFICO 5.29.

NIVEL DE GASTO SOCIAL AUTONÓMICO CON LA ESTIMACIÓN DEL REFUERZO Y CONSOLIDACIÓN TRAS LA PANDEMIA SOBRE PIB REAL (CON LA ESTIMACIÓN DEL PIB ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA) VS. ESCENARIO PREPANDEMIA (Porcentaje del PIB)



Fuente: Elaboración propia.

En 2022 se espera un punto de inflexión, con un fuerte ajuste de los recursos del sistema de financiación (ajuste a la evolución económica de las entregas a cuenta y liquidación negativa del SFA por el ejercicio 2020) con consecuencias sobre el déficit registrado. Por tanto, será preciso establecer a partir de entonces una hoja de ruta interna (por subsectores) factible para recuperar la disciplina fiscal y garantizar el cumplimiento de los objetivos de estabilidad presupuestaria, en particular déficit y deuda.

Las proyecciones anticipan una variación interanual del gasto social que se situaría entre 2020 y 2030 en la horquilla del 1,7% i.a. y el 1,5% como valor inferior. Con una previsión del PIB a medio plazo (real) en el entorno del 1,6-1,7%, el entorno no parece incompatible con el cumplimiento de la regla fiscal de gasto, una vez consolidado el nuevo nivel de gasto. No parece previsible que se produzca un retorno a los niveles previos de gasto público social —a diferencia de las últimas crisis— y la prioridad en los países europeos será reducir la vulnerabilidad frente a nuevas emergencias sanitarias. Sin embargo, será imprescindible revisar los actuales modelos de prestación de servicios esenciales garantizando mejores resultados y mayor eficiencia.

CUADRO 5.3.

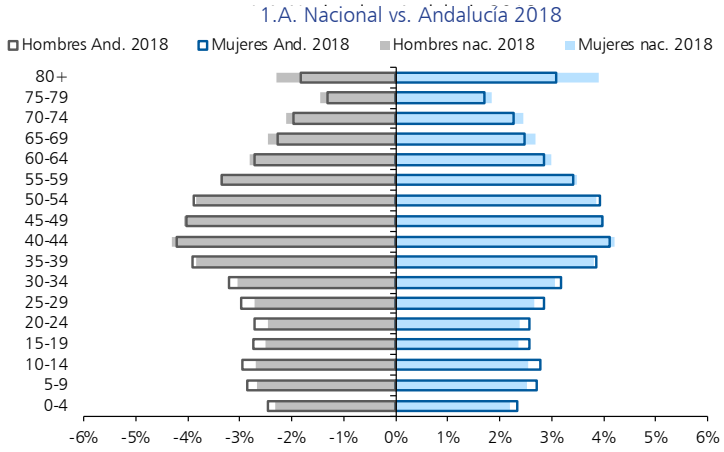
EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS POR EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DE RÉGIMEN COMÚN PARA 2020 Y 2021

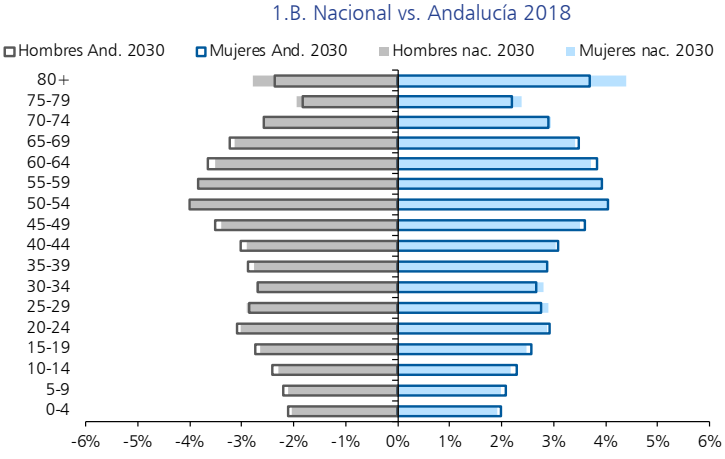
	Entregas a cuenta		*Liquidación*		*Impacto recursos ppto.*		*v.i.a. % impacto*
	2020	*2021*	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2021/2020*
Cataluña	19.685	19.711	2.256	1.794	21.941	21.505	-2,0
Galicia	7.595	7.557	428	376	8.023	7.933	-1,1
Andalucía	19.748	19.636	1.466	1.200	21.214	20.836	-1,8
Asturias	2.794	2.761	176	123	2.970	2.884	-2,9
Cantabria	1.845	1.842	103	73	1.948	1.915	-1,7
La Rioja	998	992	57	34	1.055	1.026	-2,7
Murcia	3.259	3.220	332	295	3.591	3.515	-2,1
C. Valenciana	9.788	9.731	1.849	1.613	11.637	11.344	-2,5
Aragón	3.646	3.630	235	136	3.881	3.766	-3,0
Castilla-La Mancha	5.056	5.016	341	287	5.397	5.303	-1,7
Cantabria	4.740	4.703	909	872	5.649	5.575	-1,3
Extremadura	3.123	3.096	169	125	3.292	3.221	-2,2
Baleares	2.096	2.092	823	807	2.919	2.899	-0,7
C. Madrid	14.814	14.993	1.391	1.027	16.205	16.020	-1,1
Castilla y León	6.617	6.542	400	291	7.017	6.833	-2,6
Total CC.AA.	105.803	105.523	10.935	9.055	116.738	114.578	-1,9

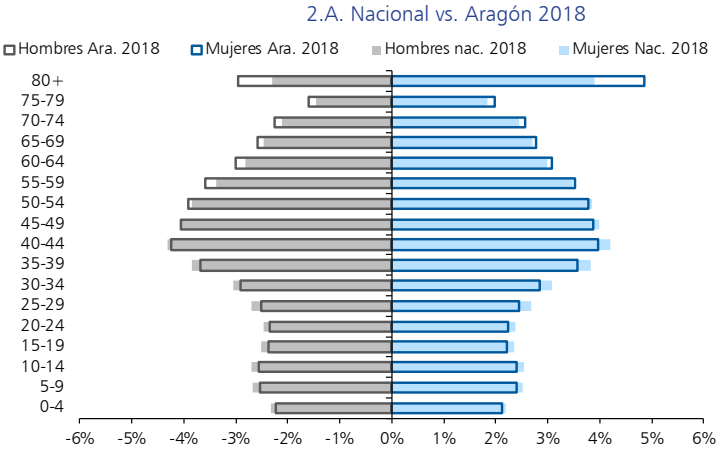
En este sentido, va a resultar clave en el medio plazo el papel de las evaluaciones de gasto —como las del Spending Review— y la aplicación de las recomendaciones para generar ahorros y garantizar mejores resultados y eficacia. La apuesta por modelos de cogobernanza deberían responder más eficazmente a la crisis sanitaria, reforzando de forma homogénea los servicios esenciales y garantizando prestaciones de calidad con unos parámetros más uniformes a toda la ciudadanía.

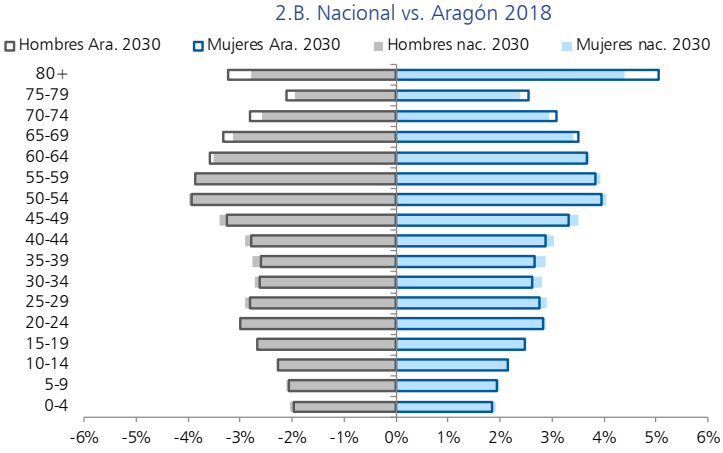
Anexo I

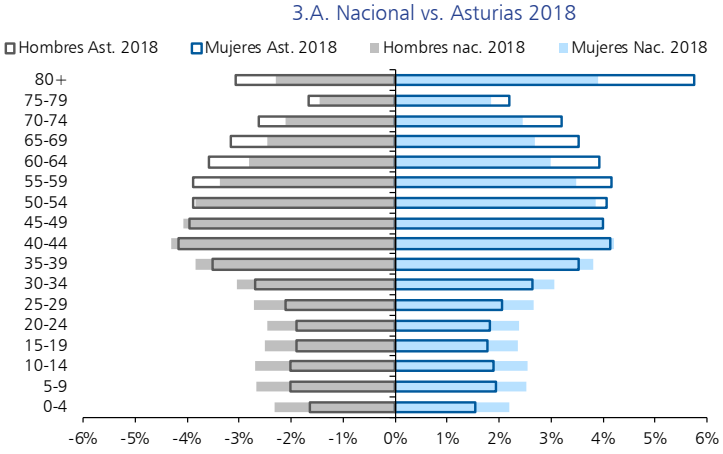
PIRÁMIDES POBLACIONALES NACIONAL VS. COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2018–2030

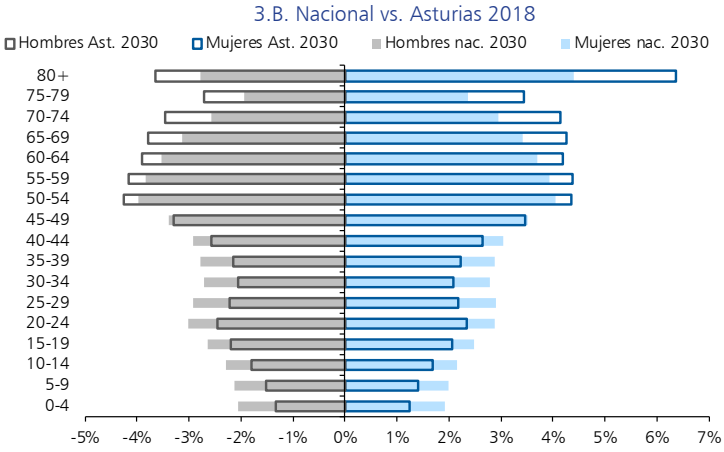


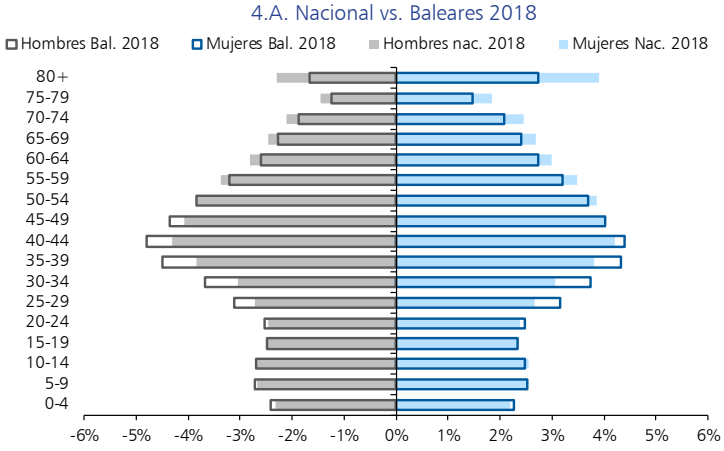


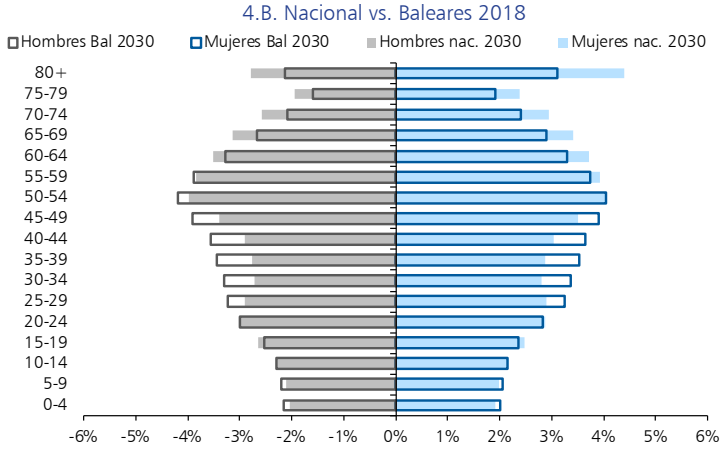

2.A. Nacional vs. Aragón 2018
Hombres Ara. 2018
Mujeres Ara. 2018
Hombres nac. 2018
Mujeres Nac. 2018
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%


2.B. Nacional vs. Aragón 2018
Hombres Ara. 2030
Mujeres Ara. 2030
Hombres nac. 2030
Mujeres nac. 2030
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%

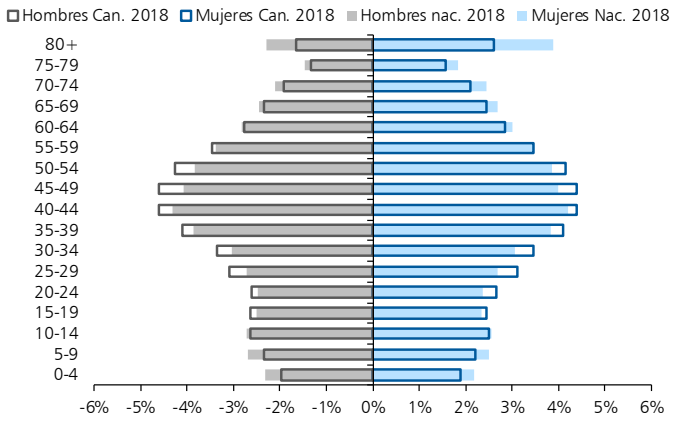

3.A. Nacional vs. Asturias 2018
Hombres Ast. 2018
Mujeres Ast. 2018
Hombres nac. 2018
Mujeres Nac. 2018
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%


3.B. Nacional vs. Asturias 2018
Hombres Ast. 2030
Mujeres Ast. 2030
Hombres nac. 2030
Mujeres nac. 2030
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7%

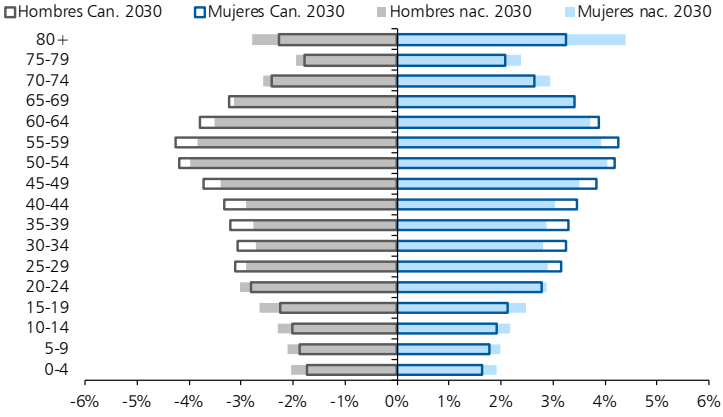

4.A. Nacional vs. Baleares 2018
Hombres Bal. 2018
Mujeres Bal. 2018
Hombres nac. 2018
Mujeres Nac. 2018
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%


4.B. Nacional vs. Baleares 2018
Hombres Bal 2030
Mujeres Bal 2030
Hombres nac. 2030
Mujeres nac. 2030
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%

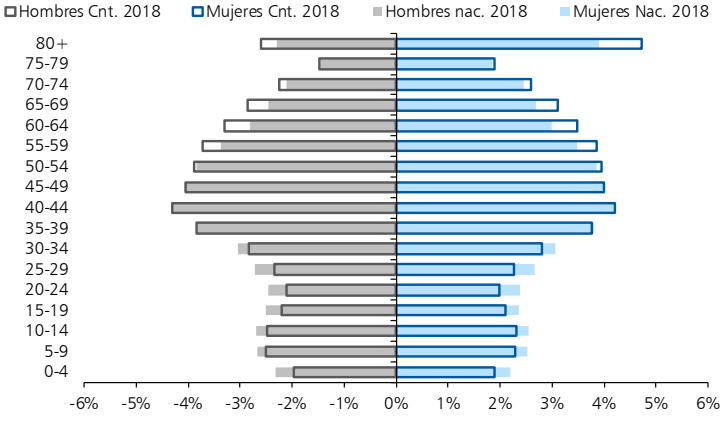
5.A. Nacional vs. Canarias 2018

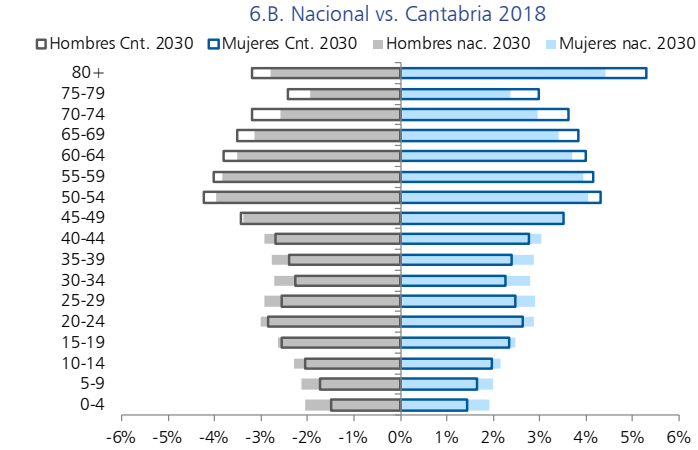


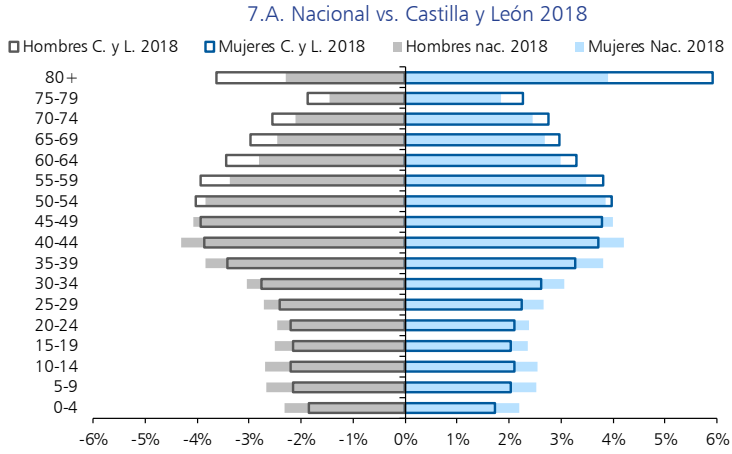
5.B. Nacional vs. Canarias 2018

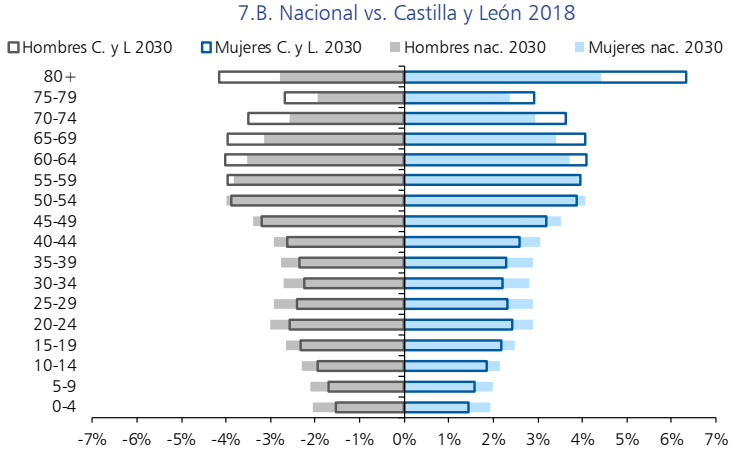


6.A. Nacional vs. Cantabria 2018

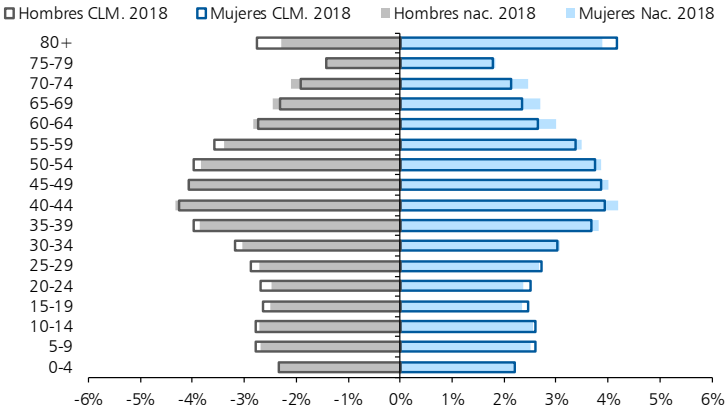



6.B. Nacional vs. Cantabria 2018
Hombres Cnt. 2030
Mujeres Cnt. 2030
Hombres nac. 2030
Mujeres nac. 2030
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%

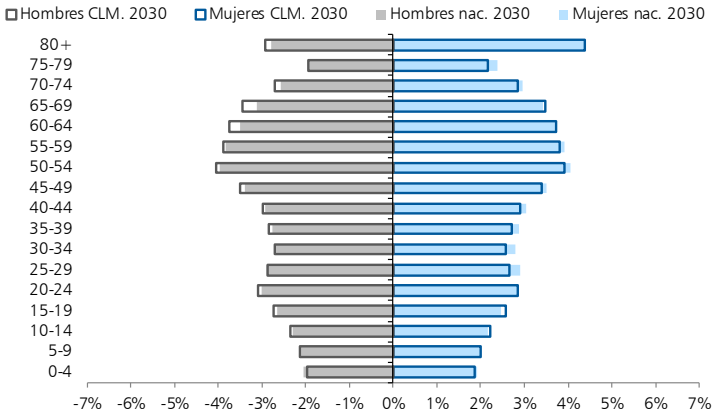

7.A. Nacional vs. Castilla y León 2018
Hombres C. y L. 2018
Mujeres C. y L. 2018
Hombres nac. 2018
Mujeres Nac. 2018
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%


7.B. Nacional vs. Castilla y León 2018
Hombres C. y L 2030
Mujeres C. y L. 2030
Hombres nac. 2030
Mujeres nac. 2030
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-7% -6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7%

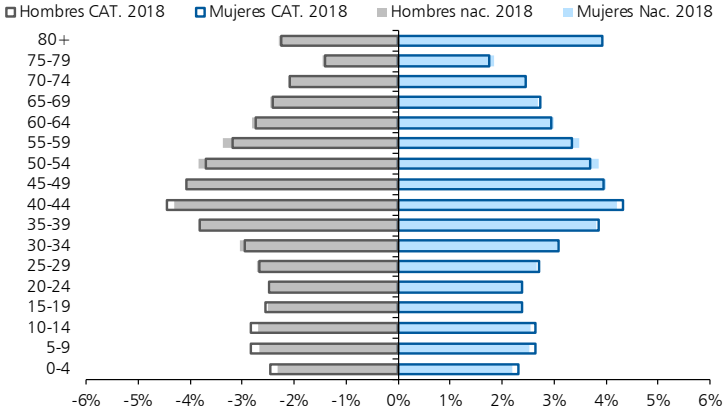
8.A. Nacional vs. Castilla-La Mancha 2018



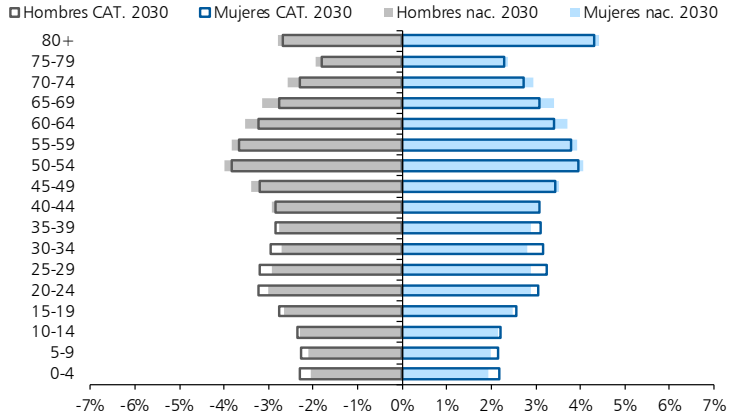
8.B. Nacional vs. Castilla-La Mancha 2018



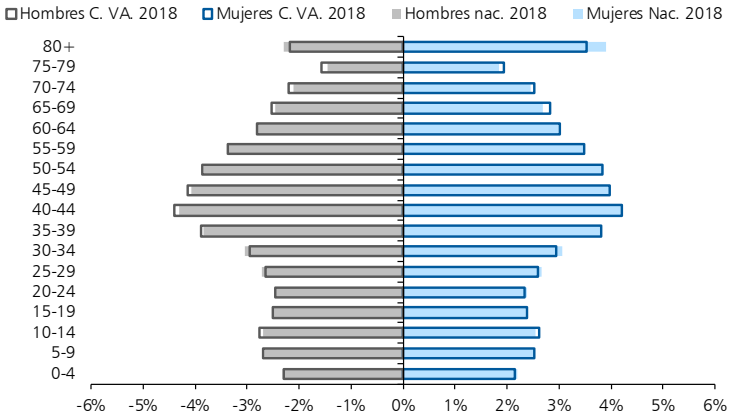
9.A. Nacional vs. Cataluña 2018



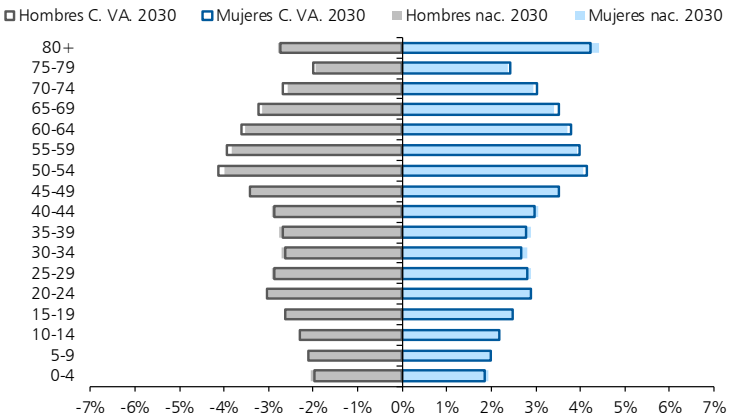
9.B. Nacional vs. Cataluña 2018



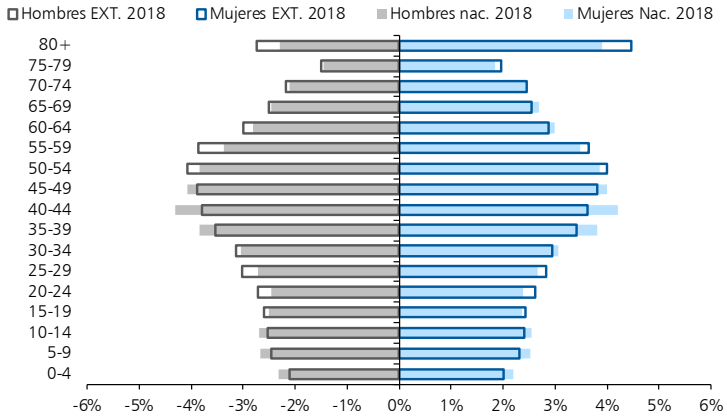
10.A. Nacional vs. C. Valenciana 2018



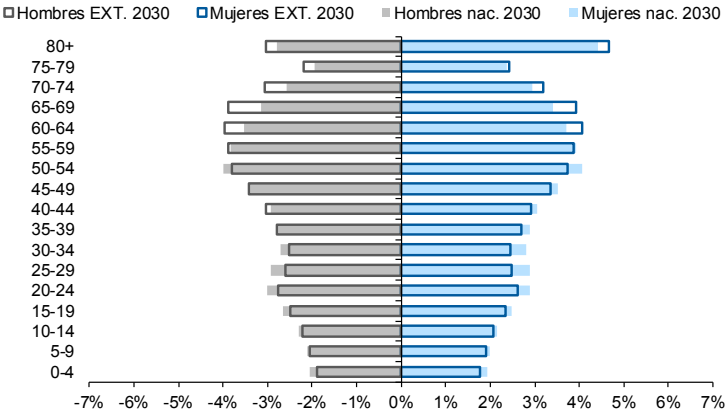
10.B. Nacional vs. C. Valenciana 2018



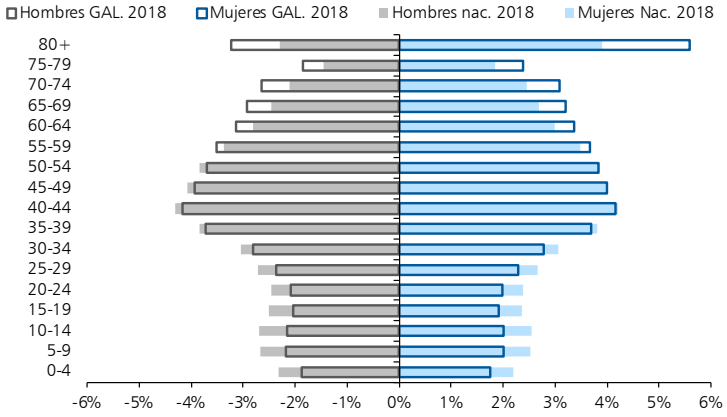
11.A. Nacional vs. Extremadura 2018



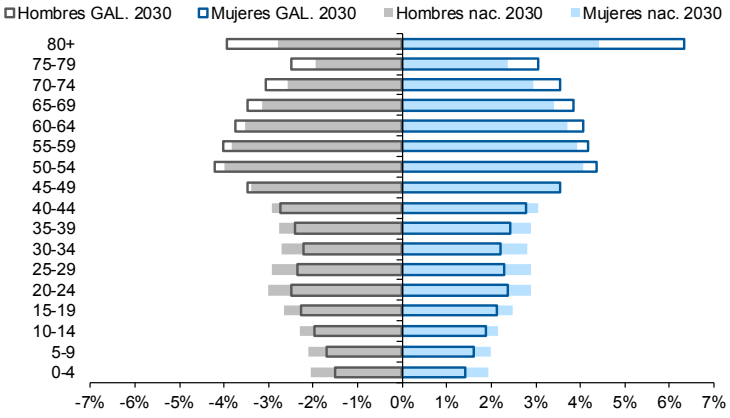
11.B. Nacional vs. Extremadura 2018



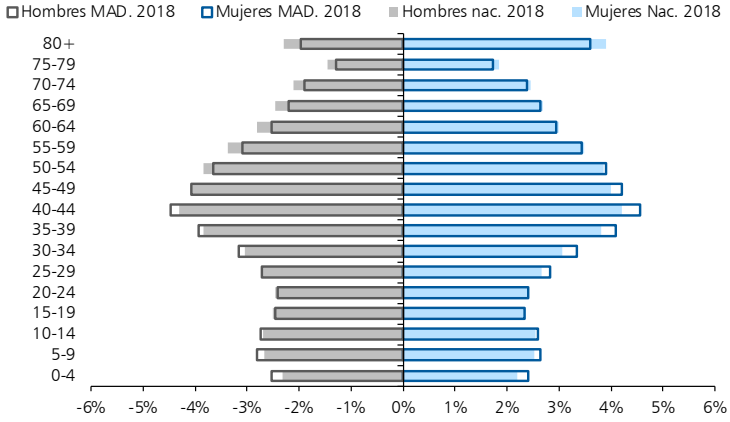
12.A. Nacional vs. Galicia 2018



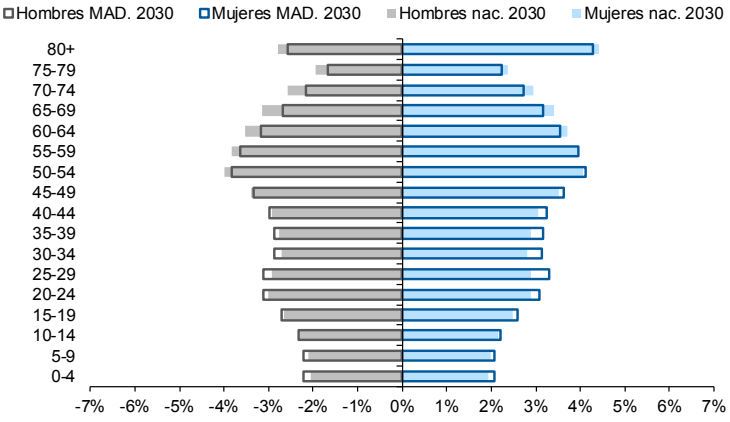
12.B. Nacional vs. Galicia 2018

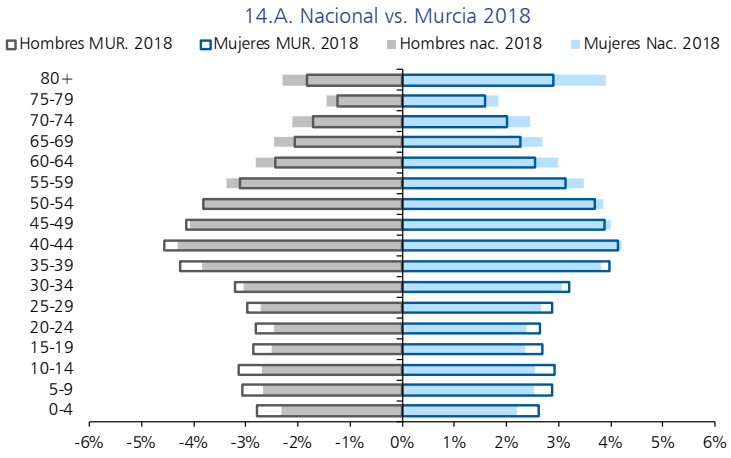


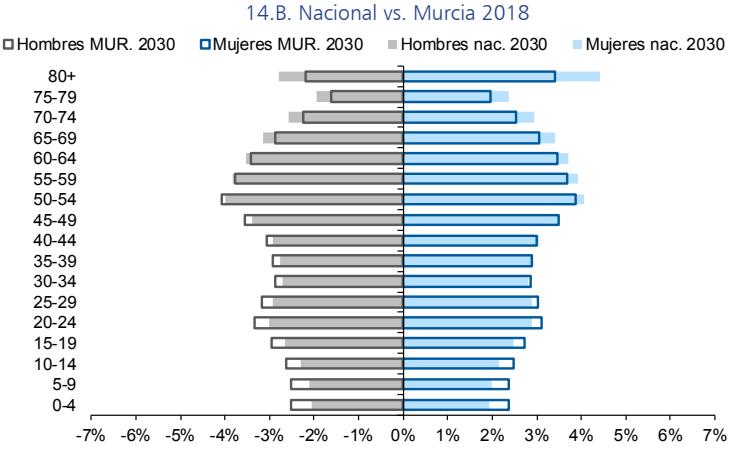
13.A. Nacional vs. Madrid 2018

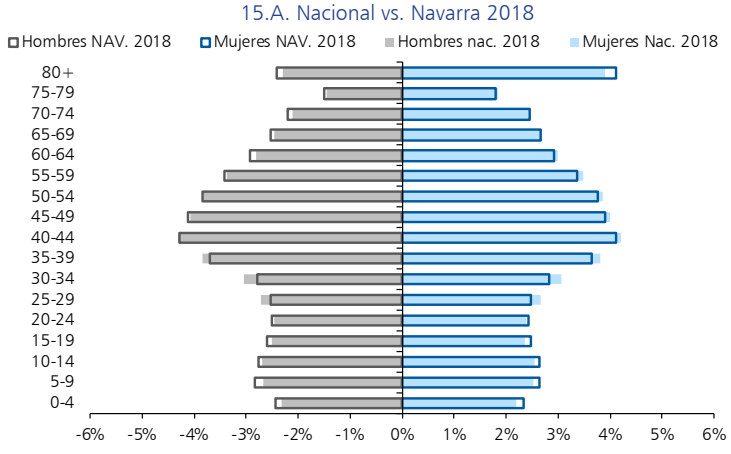


13.B. Nacional vs. Madrid 2018

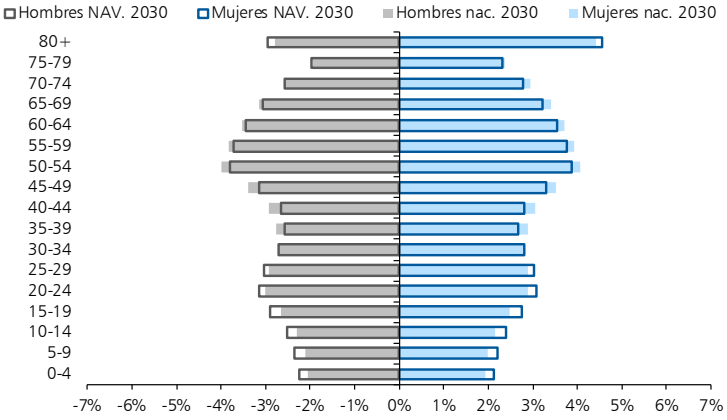



14.A. Nacional vs. Murcia 2018
Hombres MUR. 2018
Mujeres MUR. 2018
Hombres nac. 2018
Mujeres Nac. 2018
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%

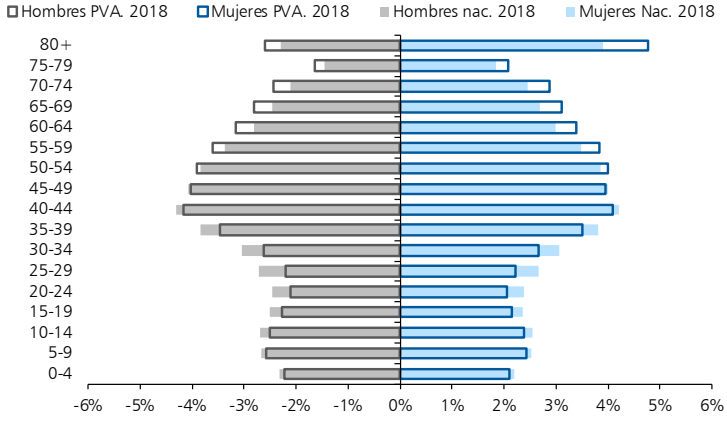

14.B. Nacional vs. Murcia 2018
Hombres MUR. 2030
Mujeres MUR. 2030
Hombres nac. 2030
Mujeres nac. 2030
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-7% -6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7%


15.A. Nacional vs. Navarra 2018
Hombres NAV. 2018
Mujeres NAV. 2018
Hombres nac. 2018
Mujeres Nac. 2018
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%

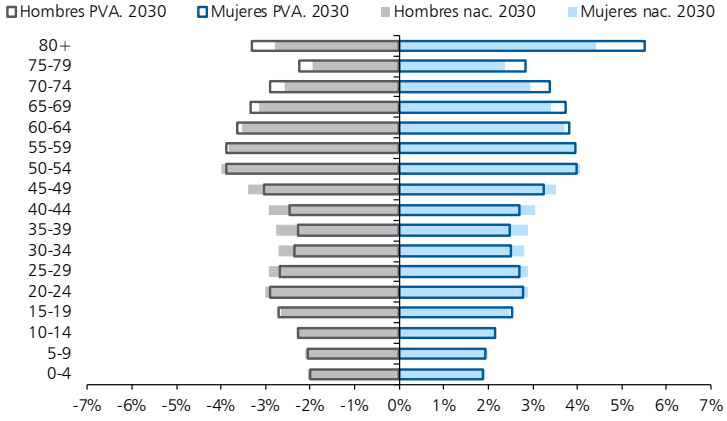
15.B. Nacional vs. Navarra 2018

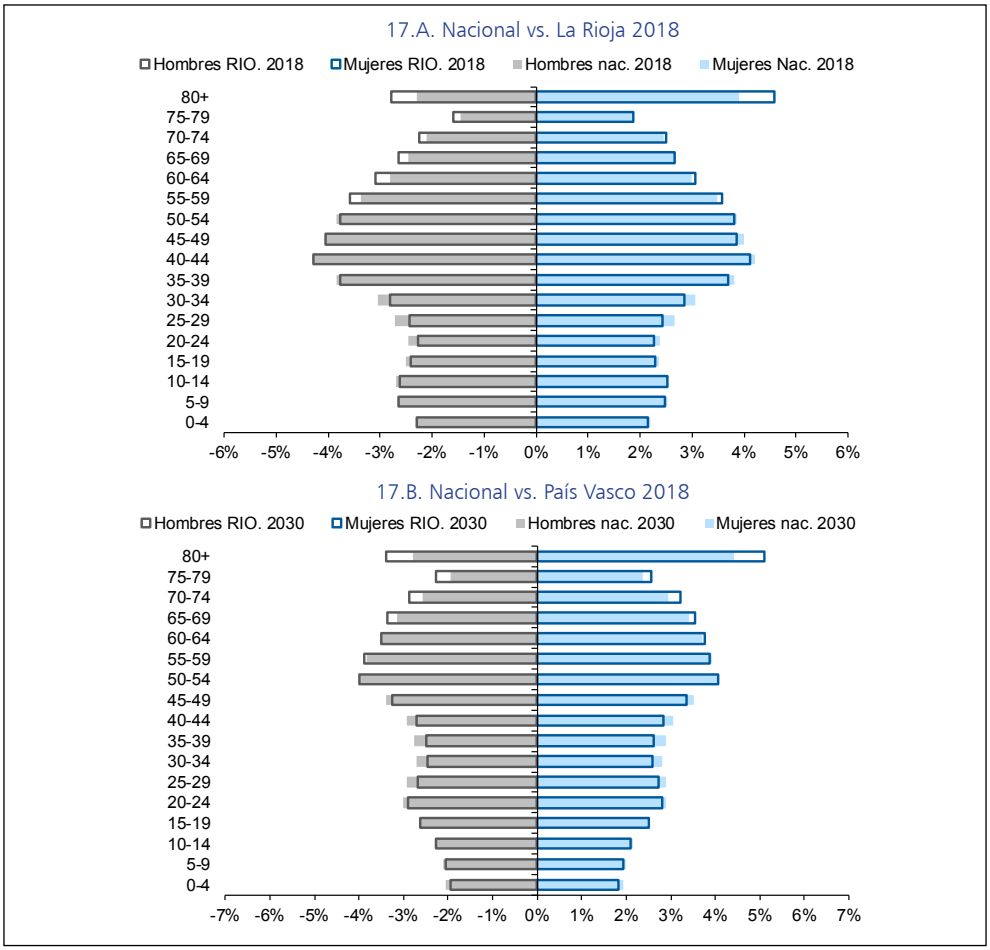


16.A. Nacional vs. País Vasco 2018



16.B. Nacional vs. País Vasco 2018




17.A. Nacional vs. La Rioja 2018
Hombres RIO. 2018
Mujeres RIO. 2018
Hombres nac. 2018
Mujeres Nac. 2018
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6%
17.B. Nacional vs. País Vasco 2018
Hombres RIO. 2030
Mujeres RIO. 2030
Hombres nac. 2030
Mujeres nac. 2030
80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
-7% -6% -5% -4% -3% -2% -1% 0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7%

Anexo II

TARIFAS DE LAS PRINCIPALES ACTUACIONES VINCULADAS A LA ATENCIÓN PRIMARIA

	Precios públicos publicados 2017 (€/ u.)
Consulta personal facultativo sin pruebas	45
Consulta personal facultativo con pruebas	66
Promedio estimado	55,5
Consulta enfermería sin personal facultativo	23
Consulta domiciliaria facultativo	135
Consulta domiciliaria enfermería	69
Relación consulta facultativo domiciliaria (sin pruebas)/ en centro AP	3,0
Relación consulta enfermería domiciliaria / centro AP	3,0
Relación consulta facultativo / enfermeria en centro AP	2,4
Relación consulta domiciliaria facultativo / enfermería	2,0

Nota: Por simplificación, se han tomado como referencia los precios de la Comunidad de Madrid.
Fuente: *BOCAM,* 21 de agosto de 2017.

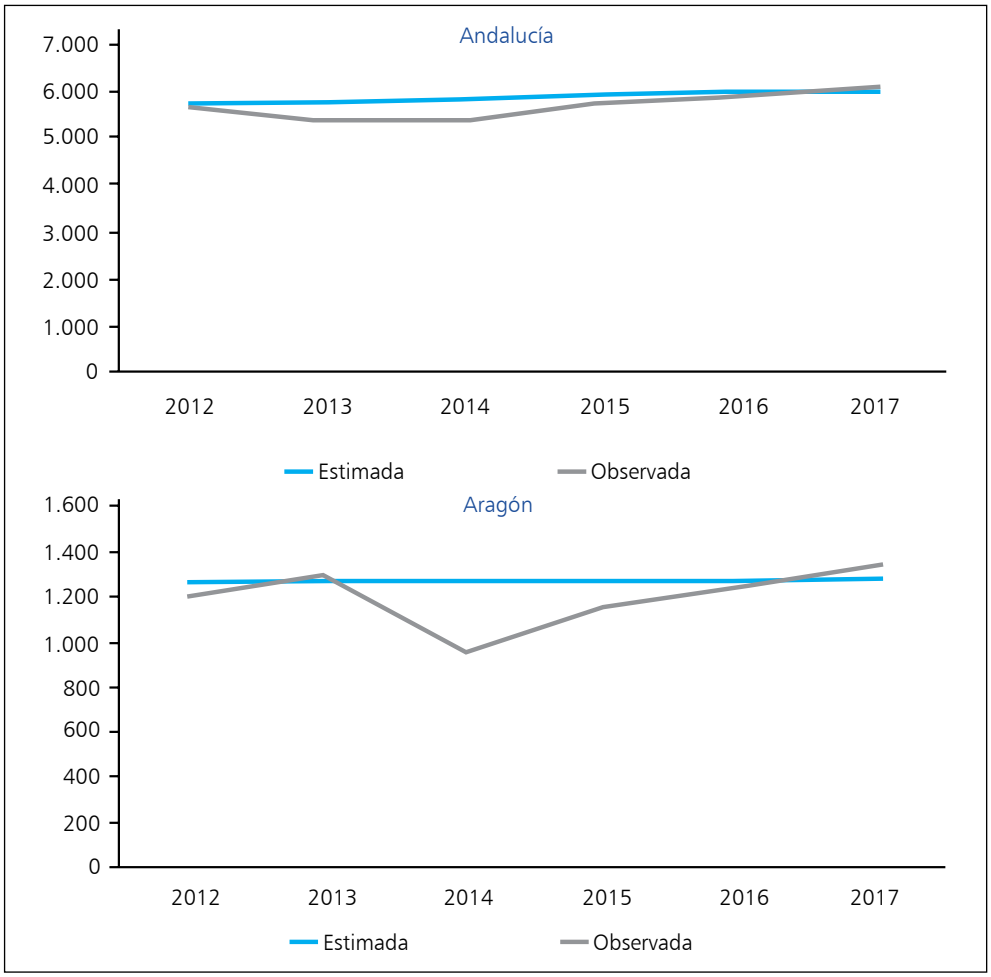
Anexo III

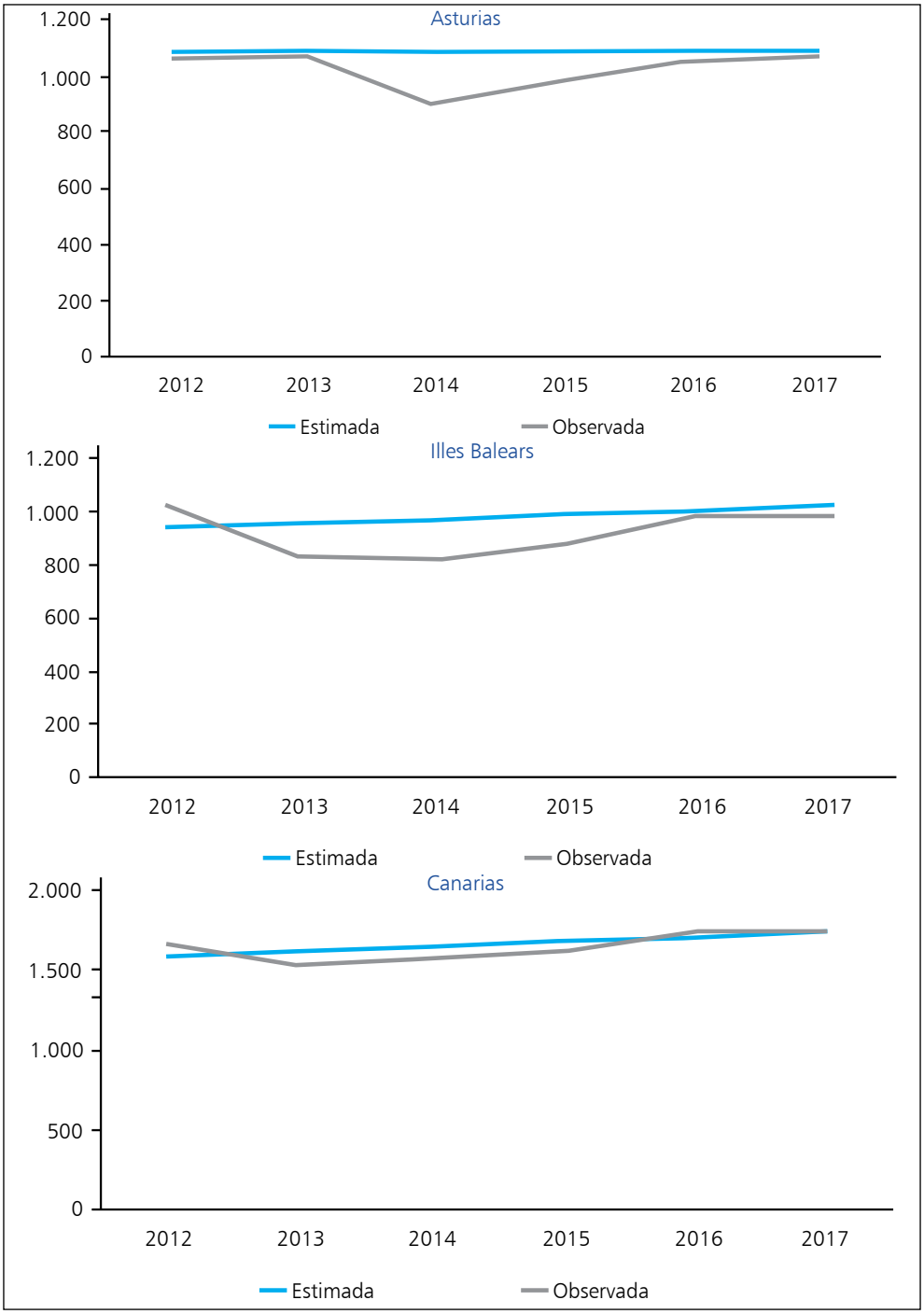
REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA EN EL GASTO SANITARIO (OCDE)

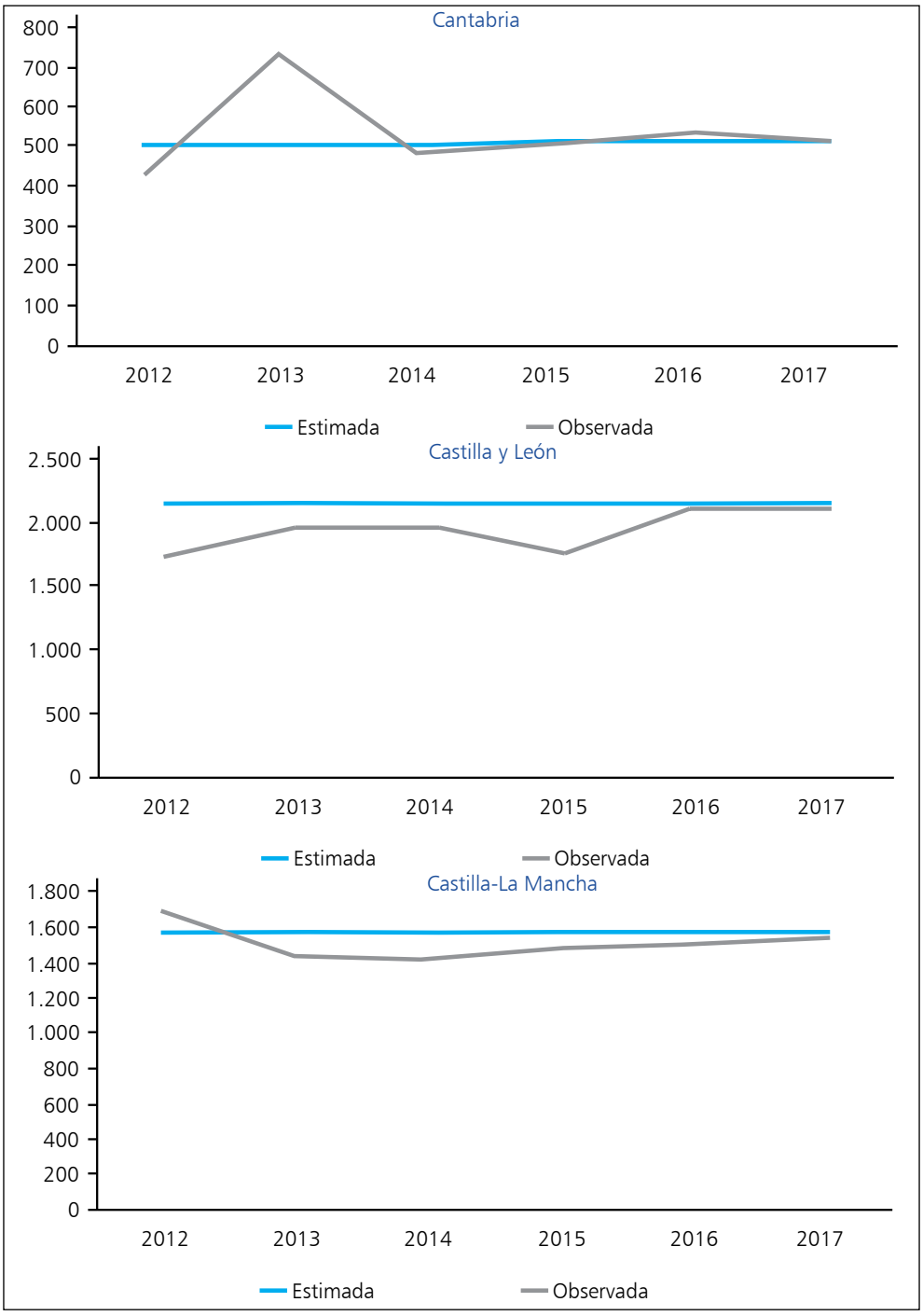
	Año	*Enfoque/Metodología*	*Efecto*
Smith y Col	2009	Enfoque residual. Moderlo de efectos fijos que incluye efectos de ingresos, demográficos, Baumol y cambios en cobertura del seguro.	27%-48% del crecimiento del gasto sanitario.
De la Maison-neuve y Olveira Martins	2013	Enfoque residual. Tiene en cuenta efectos de los ingresos, estado de salud y efectos demográficos –con distintas hipótesis de envejeci-miento saludable–.	El gasto sanitario crecerá entre 0,8% en escenario más optimista y 1,7 residual por año en el más pesimista.
Geay y de Lagas-nerie	2013	Enfoque similar al residual.	Aumento de 1,1 puntos porcen-tuales del gasto sanitario sobre el PIB al final del periodo de proyec-ción (hasta 2060).
Farag *et al.*	2012	Enfoque residual. Modelo con y sin efectos fijos anuales.	El efecto se estima en el 20% de las contribucciones totales al GS.
Di Matteo	2005	Enfoque *proxy*. Regresión de los gastos reales de salud per cápita en función de la edad, ingresos e indicadores especificos de provincia/ región y tiempo.	Si se tiene en cuenta el cambio tecnológico, el envejecimiento y los ingresos explican una propor-ción pequeña del gasto.
Blomqvist y Carter	1997	Tendencia temporal lineal. Uso de los datos anuales en una sección transversal de los países OCDE.	El cambio tecnológico represena dos puntos porcentuales del crecimiento anual del gasto real en salud.
Okunade y Murthy	2002	Enfoque *proxy*. Utilizan el total de gasto en I+D de EE.UU. y del gasto en I+D del sector salud de EE.UU. como indicadores del cabio tecnológico.	Evidencia de relación a largo plazo estable entre gasto real en salud per cápita, PIB real per cápita y cambio tecnológico.
Dreger y Reimers	2005	Enfoque *proxy*. Tres proxys: esperanza de vida, mortalidad infantil y porcen-taje de mayores de 65 años.	La contribucción estimada del gasto total y especifico en I+D en salud oscila entre 10% y 26% del crecimiento del GS.
You and Oku-nade	2017	Enfoque *proxy* y residual. Tiene en cuenta gastos en I+D, gasto en investigación hospitalaria, cobertura de tratamiento hospitalario, % de mayores, tasa de mortalidad infantil e índices ponderados y no ponderados de tecnológia de dispositivos médicos. Incluye un retardo en el gasto en I+D que sugiere que un gasto actual en sanidad esta afectado por gastos en el pasado de I+D que da paso a innovación solo después de varios años.	Los distintos coeficientes tecno-lógicos suman alrededor del 35% al 40% de la participación total en el crecimiento del GS.
Villemé y Dumont	2015	Enfoque *proxy*. Observación de las tecnologías médicas aprobada en 18 países de la OCDE. Incluyen cantidad de nuevas aplicaciones de medicamentos, aprovaciones previas a la comercialización y notificaciones previas, Inclu-yen una serie de retardos.	El impacto varia entre un 18% y un 57% a través de distintas especificaciones, con una contri-bucción promedio del 37%.
Lorenzoni *et al.*	2019	Regresión de panel de 35 países entre 1994-2015. Incluye *proxy*: crecimiento de gasto en I+D de la economía general con retardos de cinco años.	Contribucción del 11% al 15 % del crecimiento anual del GS.

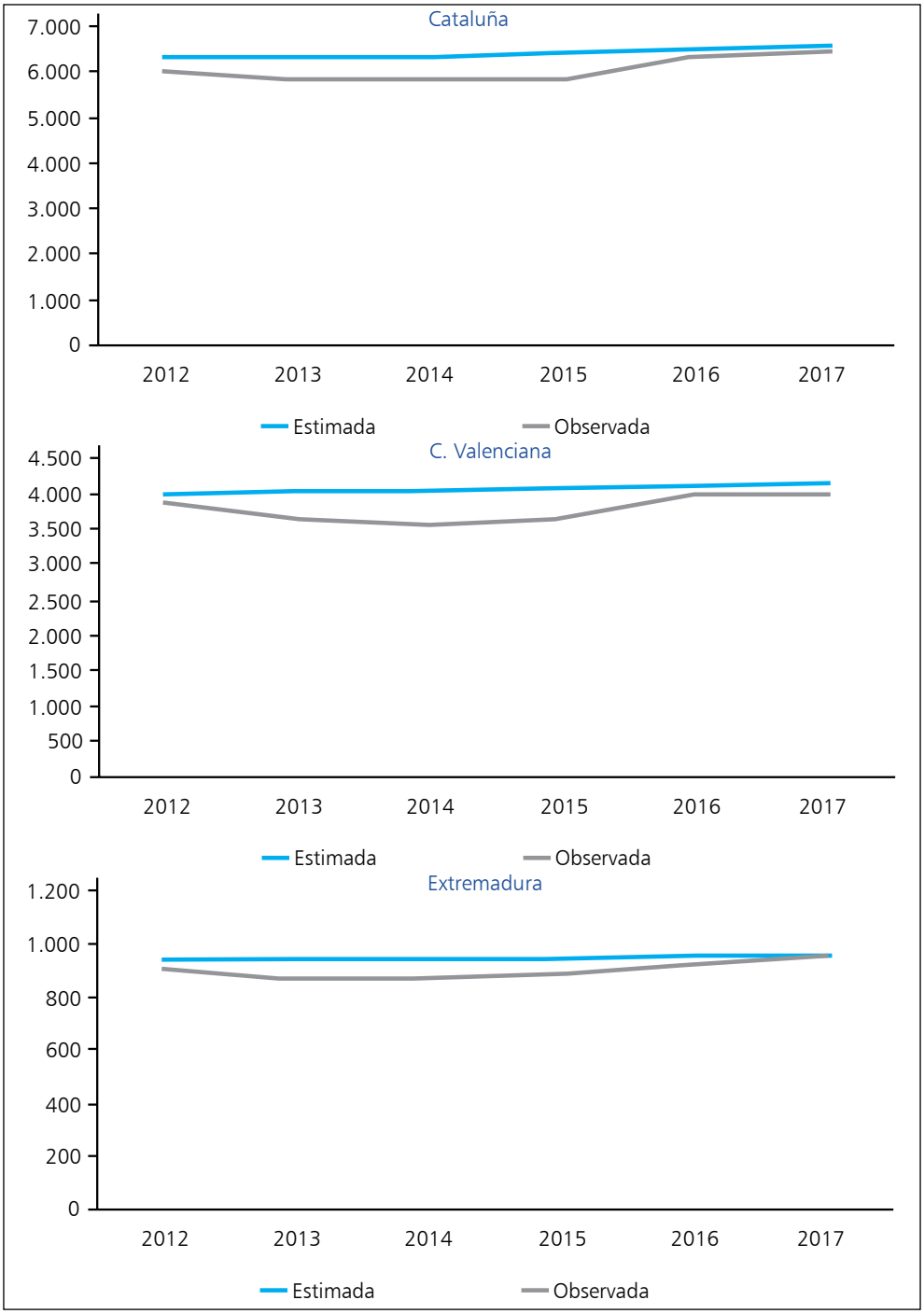
Anexo IV

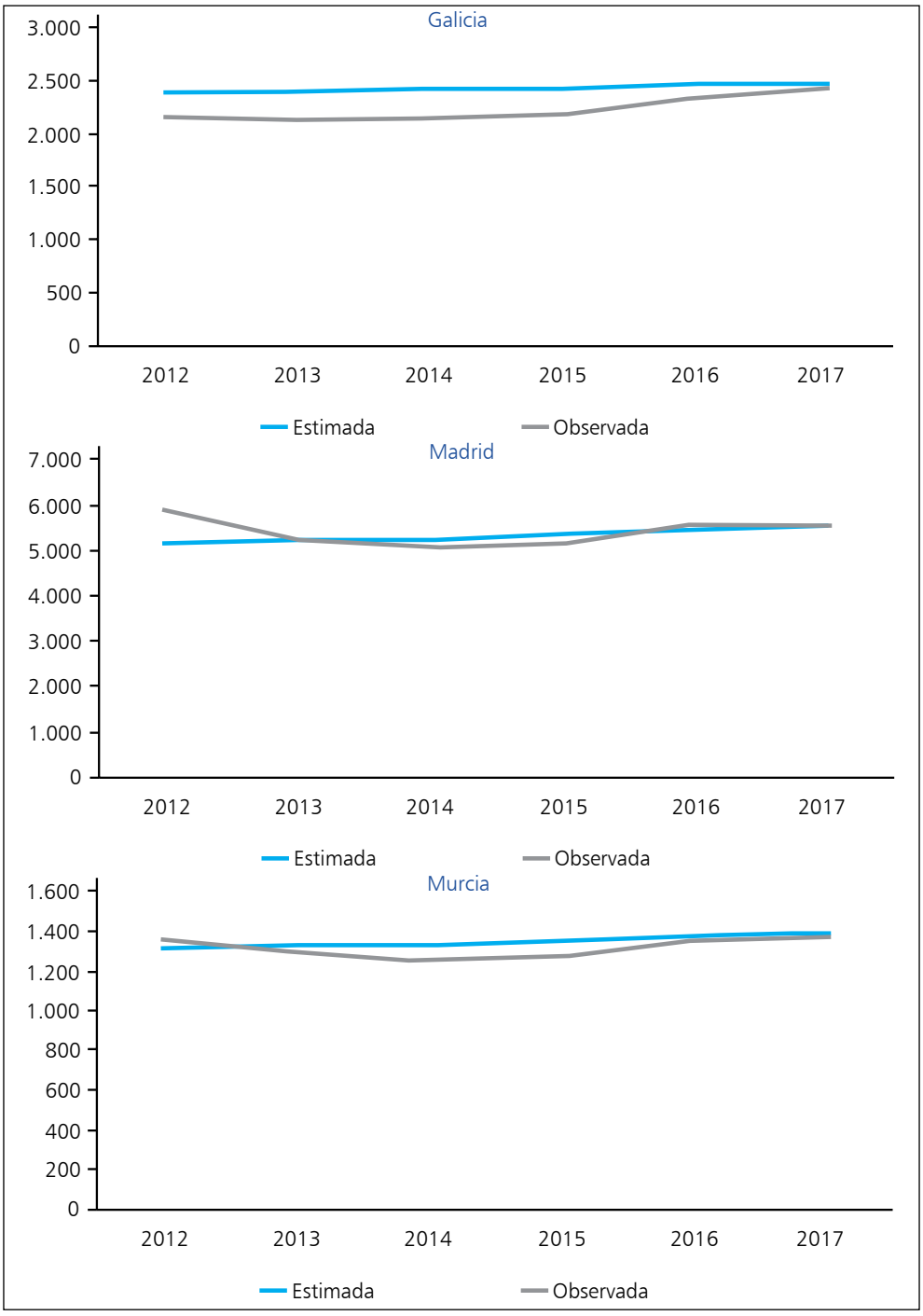
CURVAS ESTIMADAS DEL MODELO DEMOGRÁFICO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS VS. GASTO OBSERVADO 2012-2017

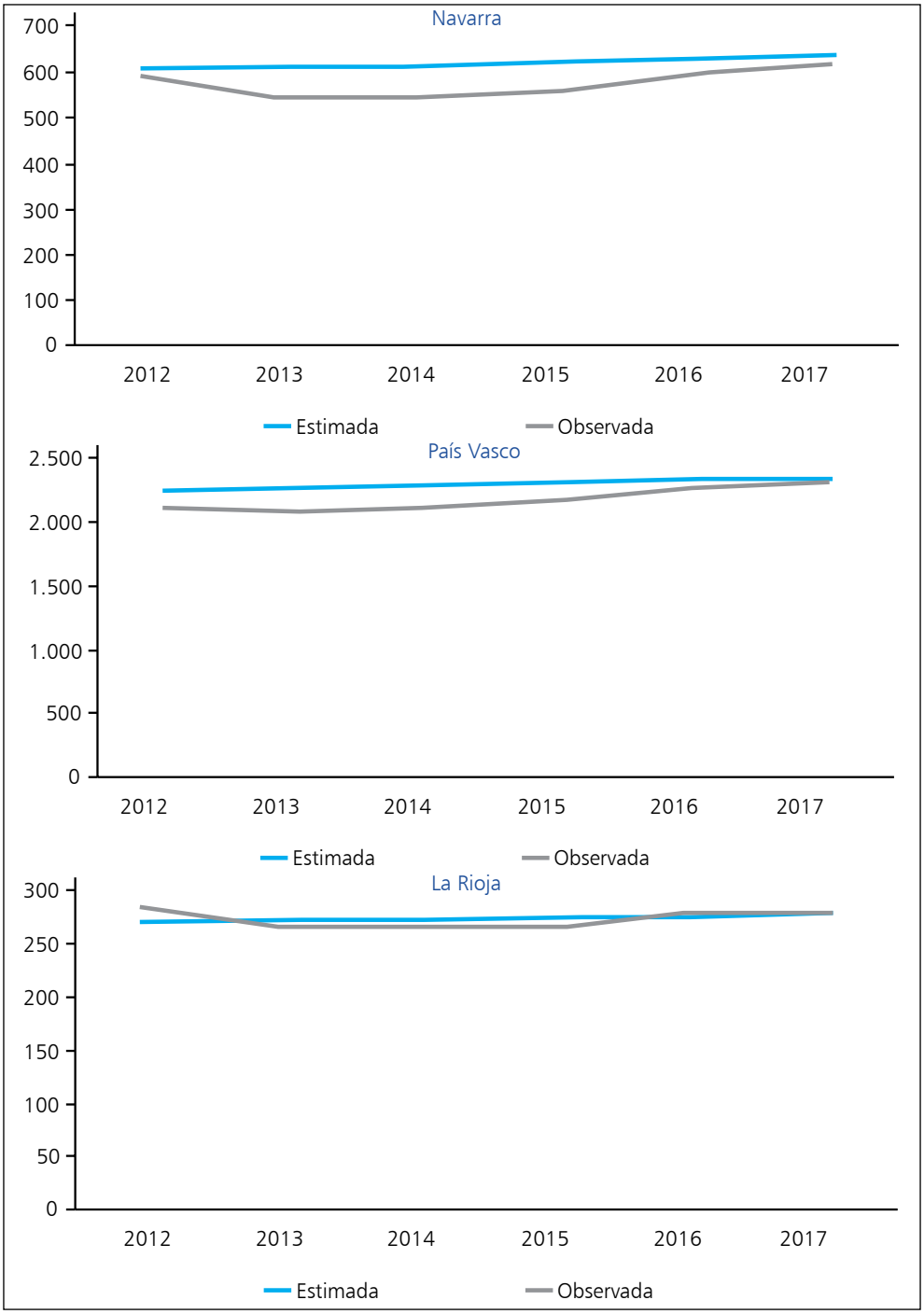


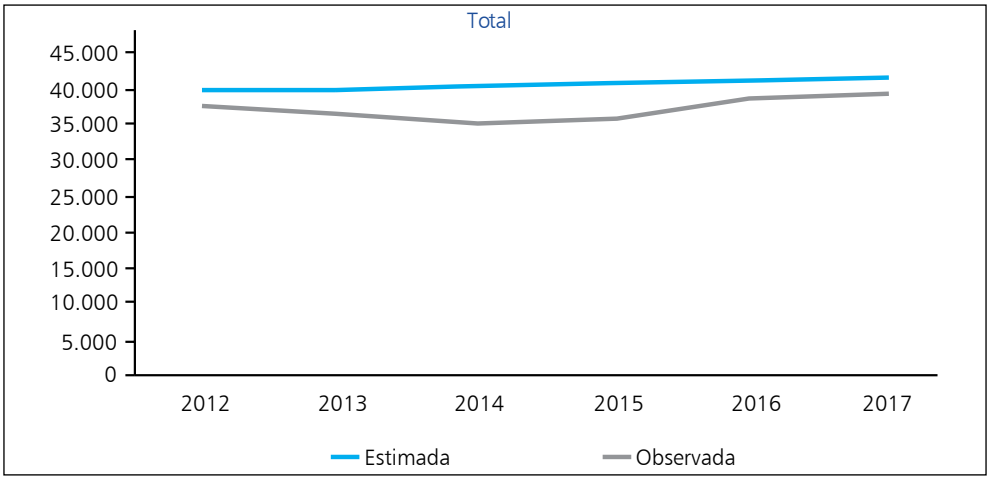

Asturias
1.200
1.000
800
600
400
200
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
Illes Balears
1.200
1.000
800
600
400
200
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
Canarias
2.000
1.500
1.000
500
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada


Cantabria
800
700
600
500
400
300
200
100
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
Castilla y León
2.500
2.000
1.500
1.000
500
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
Castilla-La Mancha
1.800
1.600
1.400
1.200
1.000
800
600
400
200
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada


Cataluña
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
C. Valenciana
4.500
4.000
3.500
3.000
2.500
2.000
1.500
1.000
500
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
Extremadura
1.200
1.000
800
600
400
200
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada

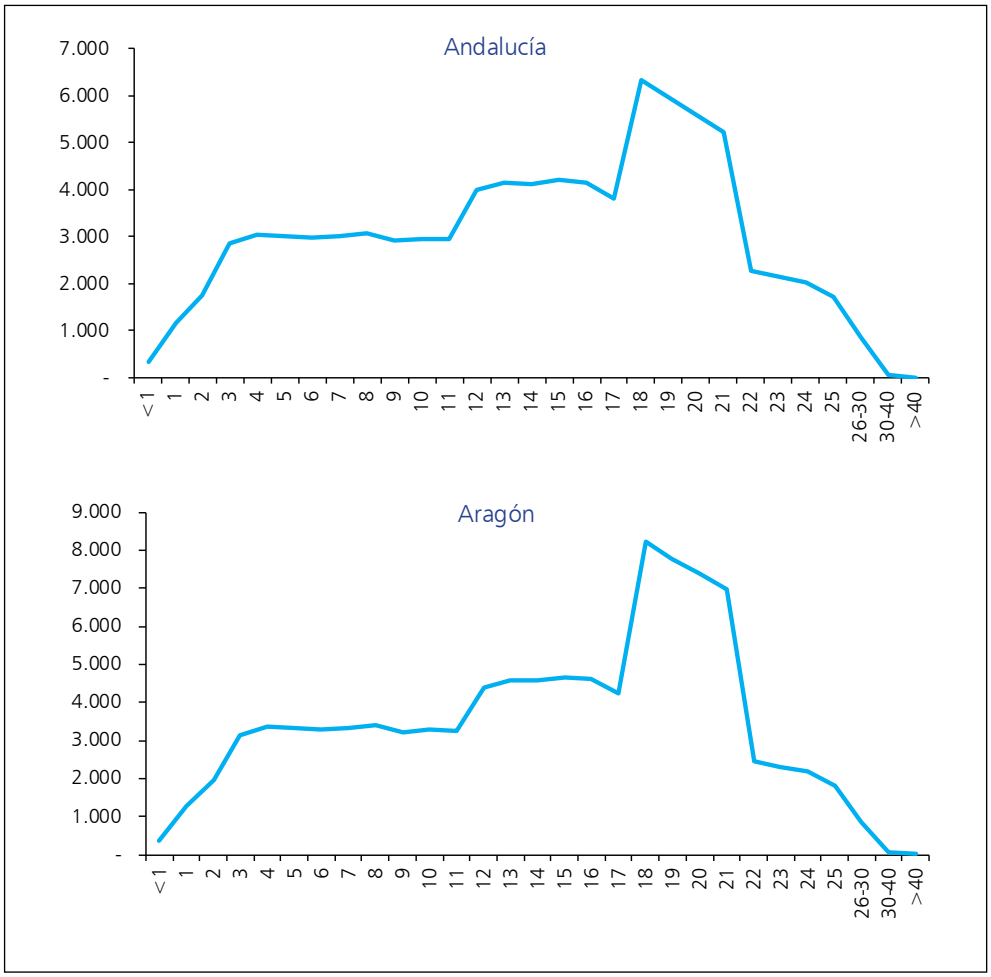

Galicia
3.000
2.500
2.000
1.500
1.000
500
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
Madrid
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
Murcia
1.600
1.400
1.200
1.000
800
600
400
200
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada

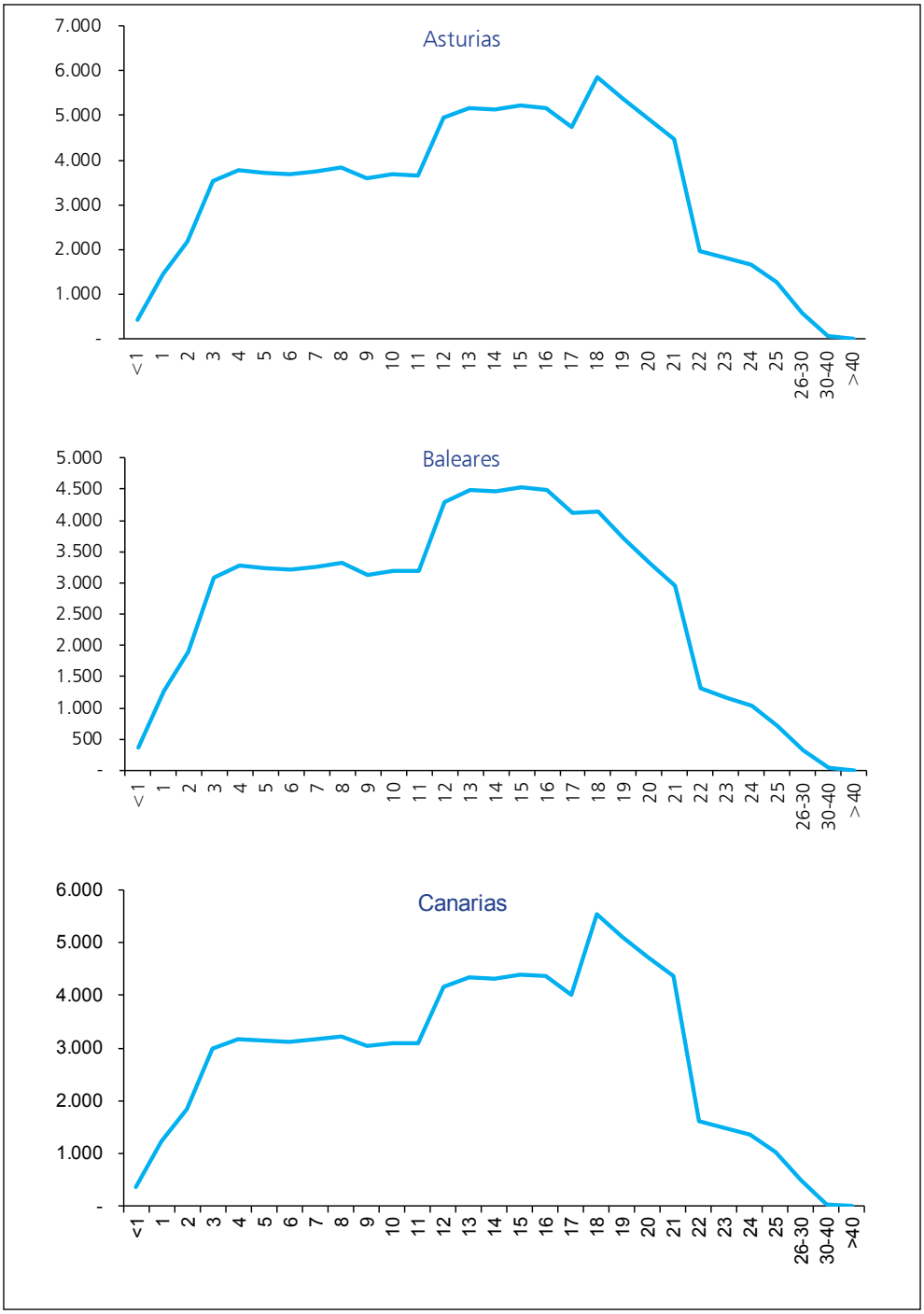

Navarra
700
600
500
400
300
200
100
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
País Vasco
2.500
2.000
1.500
1.000
500
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada
La Rioja
300
250
200
150
100
50
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada

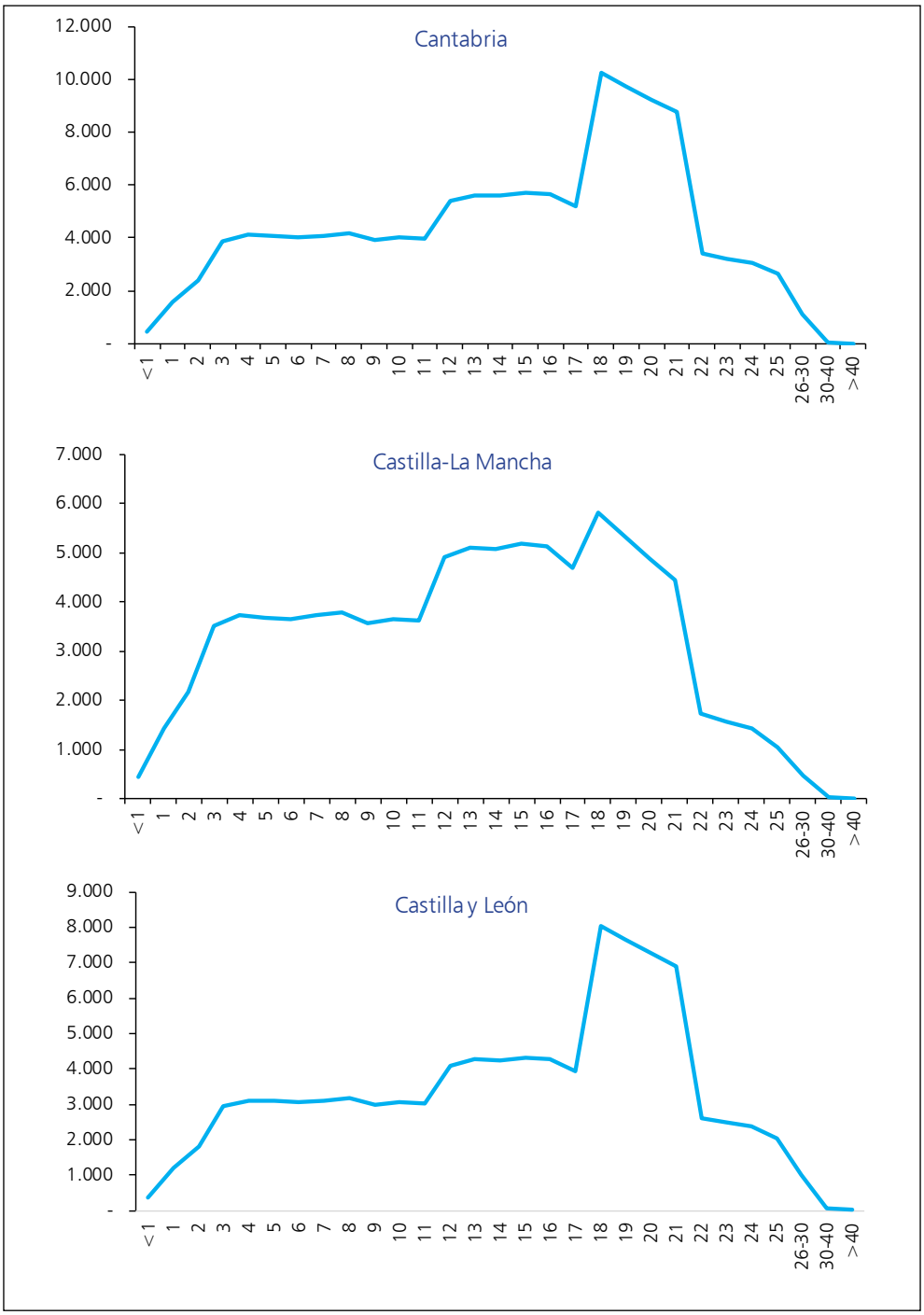

Total
45.000
40.000
35.000
30.000
25.000
20.000
15.000
10.000
5.000
0
2012
2013
2014
2015
2016
2017
Estimada
Observada

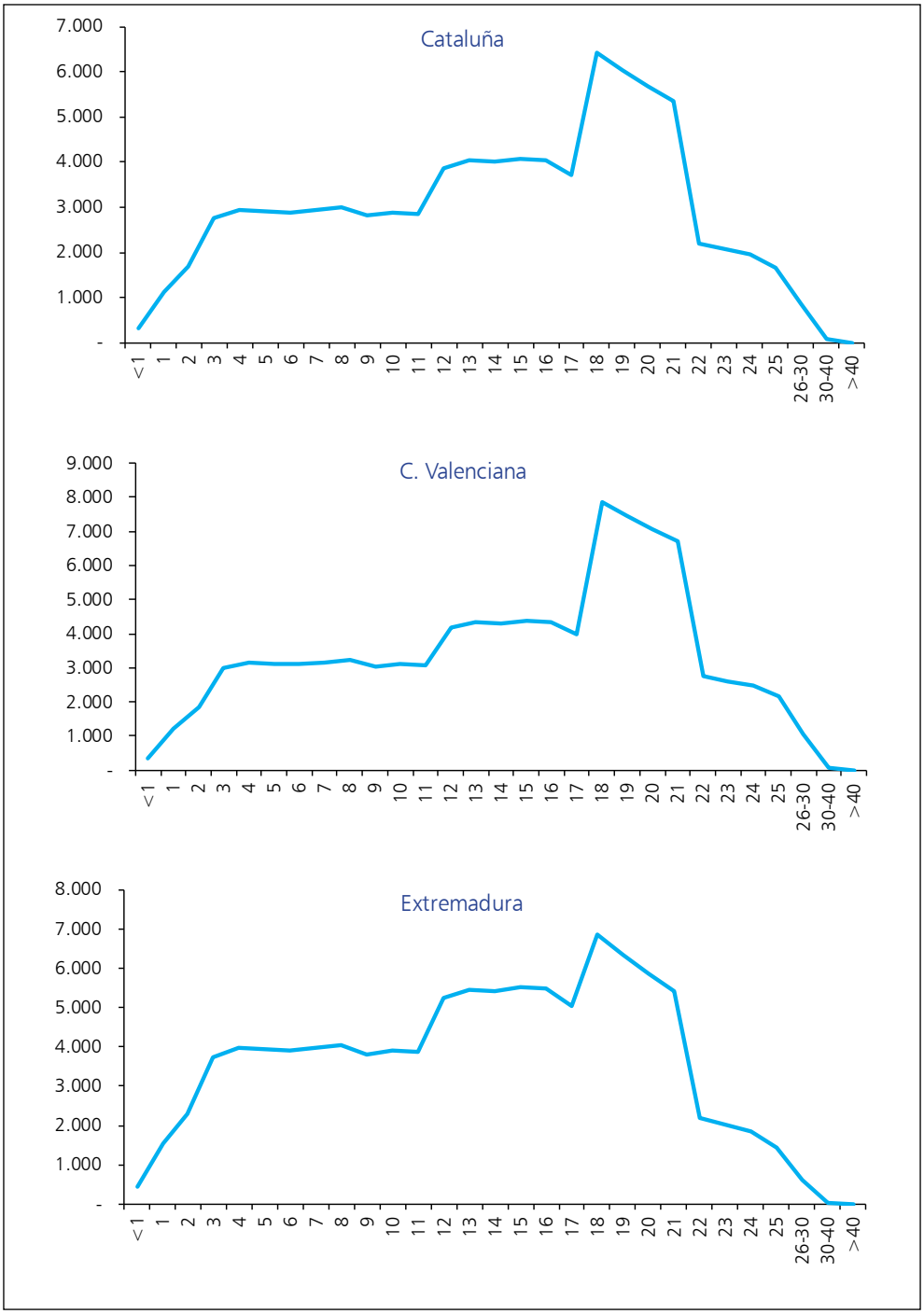
Anexo V

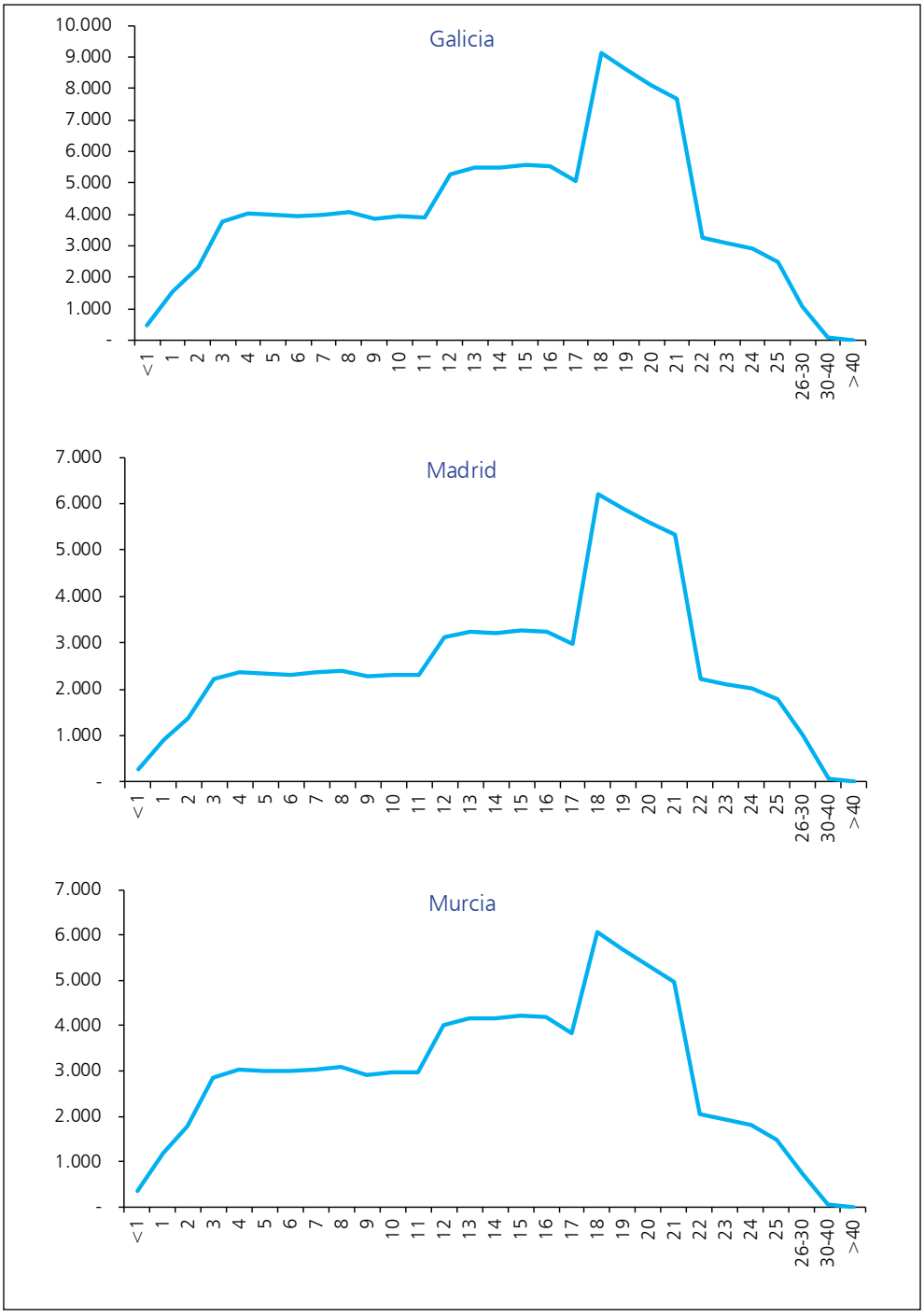
CURVAS DE GASTO EDUCATIVO PER CÁPITA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (PERFÍL GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN, EUROS)

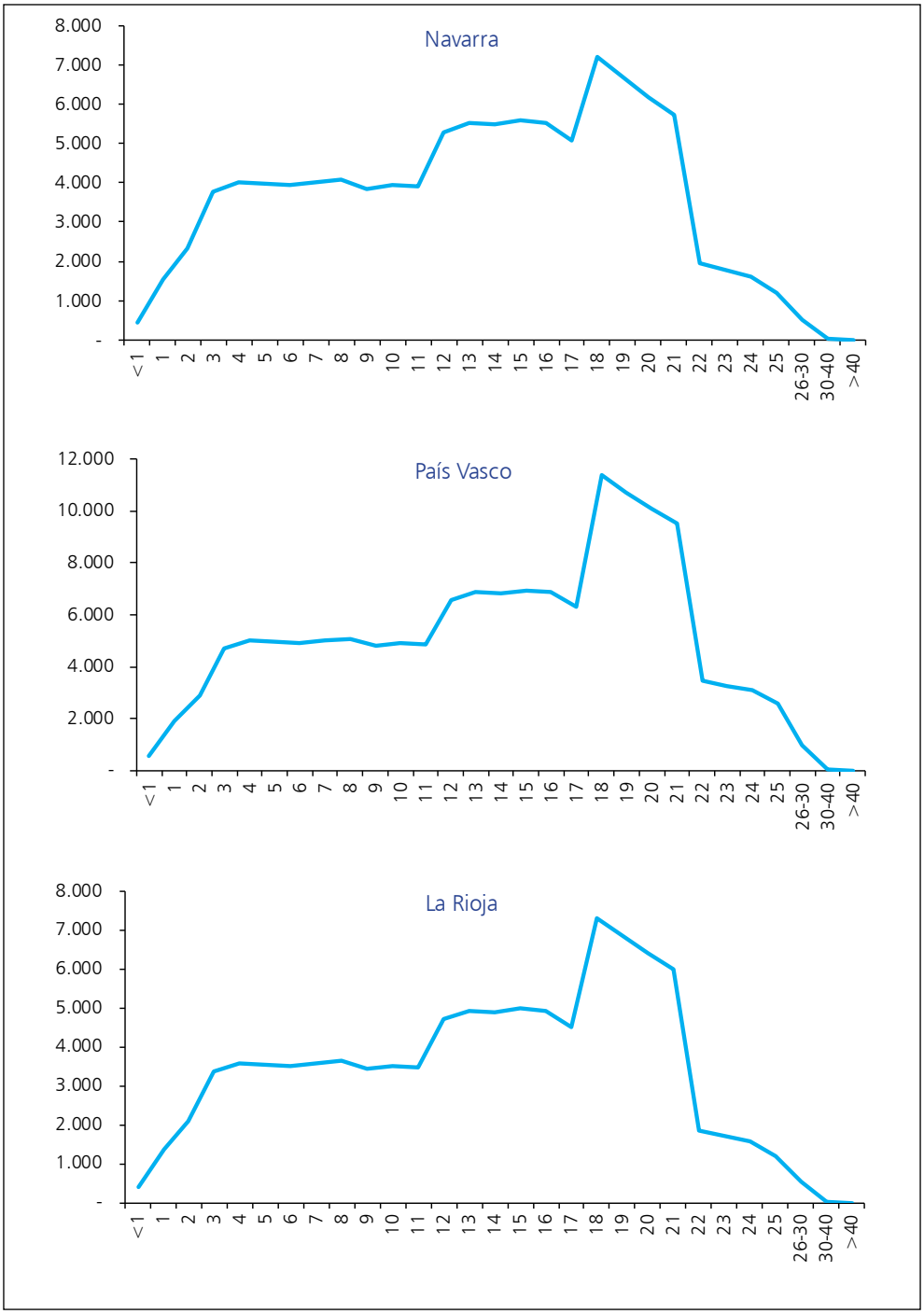



Asturias
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26-30 30-40 >40
Baleares
5.000
4.500
4.000
3.500
3.000
2.500
2.000
1.500
1.000
500
-
<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26-30 30-40 >40
Canarias
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26-30 30-40 >40


Cantabria
12.000
10.000
8.000
6.000
4.000
2.000
-
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26-30
30-40
>40
Castilla-La Mancha
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26-30
30-40
>40
Castilla y León
9.000
8.000
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26-30
30-40
>40


Cataluña
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26-30 30-40 >40
C. Valenciana
9.000
8.000
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26-30 30-40 >40
Extremadura
8.000
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26-30 30-40 >40


Galicia
10.000
9.000
8.000
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26-30
30-40
>40
Madrid
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26-30
30-40
>40
Murcia
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26-30
30-40
>40


Navarra
8.000
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26-30
30-40
>40
País Vasco
12.000
10.000
8.000
6.000
4.000
2.000
-
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26-30
30-40
>40
La Rioja
8.000
7.000
6.000
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
-
<1
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26-30
30-40
>40

Anexo VI

PROYECCIONES DE GASTO SOCIAL AUTONÓMICO EN ESCENARIO BASE

CUADRO A.1.

PROYECCIONES DE GASTO SOCIAL AUTONÓMICO 2018-2030. VARIACIÓN EN TÉRMINOS ABSOLUTOS, PORCENTUAL Y MEDIA ANUAL. ESCENARIO BASE (VARIACIÓN DEL FACTOR DEMOGRÁFICO Y RESTO DE FACTORES CONSTANTES)

	2017	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*	*2026*	*2027*	*2028*	*2029*	*2030*	*Variación 2030/2017*	*Variación 2030/2018 (%)*	*Variación anual media 2030/2018 (%)*
Andalucía	19.018,8	19.211,3	19.340,3	19.493,4	19.659,0	19.798,5	19.946,2	20.096,4	20.228,1	20.349,2	20.461,3	20.571,7	20.682,6	20.784,2	1.765,3	8,2	0,7
Aragon	3.489,4	3.572,2	3.605,1	3.622,8	3.644,2	3.663,5	3.682,7	3.700,5	3.716,5	3.732,3	3.745,8	3.759,4	3.771,1	3.781,8	292,4	5,9	0,5
Asturias	2.773,8	2.730,2	2.736,4	2.741,4	2.748,2	2.753,5	2.756,9	2.760,7	2.762,8	2.763,3	2.762,1	2.760,5	2.759,1	2.757,0	-16,8	1,0	0,1
Baleares	2.607,5	2.826,3	2.883,9	2.942,2	3.002,1	3.059,3	3.116,6	3.173,2	3.226,7	3.279,0	3.328,4	3.378,5	3.428,1	3.476,6	869,1	23,0	1,7
Canarias	4.748,3	5.016,5	5.103,4	5.195,5	5.290,7	5.379,5	5.466,6	5.549,1	5.629,8	5.709,3	5.786,3	5.862,6	5.937,2	6.011,9	1.263,6	19,8	1,5
Cantabria	1.617,2	1.672,2	1.683,5	1.691,7	1.702,4	1.711,5	1.720,2	1.728,7	1.735,1	1.740,8	1.745,2	1.748,9	1.752,5	1.754,9	137,6	4,9	0,4
Castilla y León	6.497,6	6.512,6	6.519,7	6.514,3	6.516,7	6.514,6	6.511,6	6.511,3	6.507,7	6.504,4	6.498,2	6.490,5	6.483,7	6.475,1	-22,5	-0,6	0,0
Castilla-La Mancha	4.927,2	5.098,0	5.126,4	5.134,5	5.151,6	5.159,8	5.172,3	5.187,1	5.197,2	5.210,0	5.215,5	5.225,2	5.237,2	5.247,8	320,6	2,9	0,2
Cataluña	18.452,3	18.923,4	19.184,0	19.416,2	19.671,4	19.898,0	20.123,8	20.343,5	20.540,1	20.729,8	20.901,2	21.067,7	21.228,6	21.382,1	2.929,9	13,0	1,0
C. Valenciana	12.046,1	12.623,9	12.766,6	12.900,1	13.048,3	13.176,2	13.306,0	13.431,3	13.545,2	13.654,7	13.751,9	13.844,7	13.931,0	14.011,2	1.965,1	11,0	0,9
Extremadura	3.009,6	3.055,8	3.052,9	3.049,3	3.048,5	3.045,0	3.043,2	3.043,9	3.042,7	3.041,6	3.039,2	3.039,0	3.040,6	3.041,8	32,2	-0,5	0,0
Galicia	6.799,5	6.967,9	6.998,5	7.022,2	7.051,2	7.074,9	7.092,6	7.109,6	7.121,8	7.131,8	7.136,4	7.137,7	7.138,2	7.135,4	335,9	2,4	0,2
Madrid	14.565,8	14.785,4	15.066,7	15.317,0	15.581,9	15.827,3	16.070,0	16.309,1	16.530,9	16.747,7	16.951,3	17.149,1	17.338,3	17.518,4	2.952,7	18,5	1,4
Murcia	3.916,5	3.998,3	4.051,0	4.093,6	4.141,2	4.183,6	4.226,6	4.270,5	4.311,1	4.353,0	4.391,9	4.430,5	4.469,6	4.508,1	591,6	12,8	1,0
Navarra	1.897,0	2.002,4	2.028,0	2.048,8	2.071,5	2.092,3	2.112,4	2.131,8	2.149,7	2.166,5	2.182,4	2.198,0	2.213,1	2.227,4	330,4	11,2	0,9
País Vasco	7.157,4	7.128,1	7.202,1	7.266,9	7.334,4	7.392,7	7.448,0	7.501,5	7.549,1	7.590,0	7.625,6	7.657,8	7.688,3	7.715,3	557,8	8,2	0,7
La Rioja	807,2	825,1	830,6	835,1	840,6	845,3	849,8	854,1	858,3	861,9	865,1	868,1	870,9	873,7	66,5	5,9	0,5
Total CC.AA.	114.331,3	116.949,6	118.179,1	119.285,1	120.503,9	121.575,5	122.645,5	123.702,2	124.652,7	125.565,4	126.387,8	127.189,8	127.970,3	128.702,7	14.371,3	10,0	0,8

Fuente: Elaboración propia.

Anexo VII

PROYECCIONES DE GASTO SOCIAL AUTONÓMICO EN ESCENARIO COMPLEMENTARIO

CUADRO A.2.

PROYECCIONES DE GASTO SOCIAL AUTONÓMICO 2018-2030. VARIACIÓN EN TÉRMINOS ABSOLUTOS, PORCENTUAL Y MEDIA ANUAL. ESCENARIO COMPLEMENTARIO (DEPENDENCIA COMPLEMENTARIO 2)

	2017	*2018*	*2019*	*2020*	*2021*	*2022*	*2023*	*2024*	*2025*	*2026*	*2027*	*2028*	*2029*	*2030*	*Variación 2030/2017*	*Variación 2030/2018 (%)*	*Variación anual media 2030/2018 (%)*
Andalucía	19.018,8	19.368,8	19.687,0	21.203,1	21.515,6	21.804,2	22.109,0	22.424,1	22.725,0	23.024,3	23.320,9	23.624,8	23.941,9	24.262,4	5.243,6	25,3	1,9
Aragon	3.489,4	3.572,9	3.652,3	3.882,3	3.935,1	3.986,7	4.039,4	4.091,7	4.143,3	4.196,4	4.248,4	4.302,4	4.356,5	4.412,0	922,6	23,5	1,8
Asturias	2.773,8	2.717,0	2.745,4	2.899,1	2.933,1	2.966,7	2.999,6	3.033,9	3.067,5	3.100,7	3.133,3	3.167,1	3.202,9	3.240,7	466,9	19,3	1,5
Baleares	2.607,5	2.817,2	2.902,8	3.116,8	3.199,1	3.279,6	3.361,3	3.443,2	3.522,9	3.602,6	3.680,2	3.760,0	3.840,6	3.921,5	1.314,0	39,2	2,8
Canarias	4.748,3	5.007,1	5.135,2	5.524,0	5.658,8	5.788,5	5.918,7	6.045,9	6.173,5	6.302,7	6.431,8	6.562,8	6.695,1	6.830,8	2.082,5	36,4	2,6
Cantabria	1.617,2	1.682,3	1.716,7	1.857,1	1.886,9	1.916,0	1.946,3	1.977,8	2.008,2	2.039,6	2.071,2	2.104,2	2.139,6	2.176,2	558,9	29,4	2,2
Castilla y León	6.497,6	6.521,9	6.649,0	6.990,3	7.049,0	7.105,3	7.163,7	7.227,5	7.290,6	7.357,9	7.424,9	7.494,2	7.569,2	7.648,2	1.150,6	17,3	1,3
Castilla-La Mancha	4.927,2	5.154,0	5.255,1	5.556,4	5.622,9	5.681,8	5.748,2	5.819,9	5.889,3	5.965,5	6.037,3	6.117,4	6.205,3	6.298,1	1.370,9	22,2	1,7
Cataluña	18.452,3	19.030,7	19.485,5	21.203,8	21.631,9	22.033,2	22.441,0	22.850,5	23.240,7	23.632,7	24.011,6	24.394,8	24.784,3	25.180,3	6.728,0	32,3	2,4
C. Valenciana	12.046,1	12.619,4	12.917,9	13.814,5	14.057,5	14.280,9	14.509,8	14.737,6	14.957,0	15.176,1	15.385,8	15.595,2	15.802,9	16.010,2	3.964,0	26,9	2,0
Extremadura	3.009,6	3.057,0	3.086,2	3.250,3	3.273,8	3.295,4	3.319,8	3.348,4	3.375,9	3.405,3	3.434,5	3.467,8	3.505,4	3.545,0	535,4	16,0	1,2
Galicia	6.799,5	7.003,0	7.100,9	7.524,9	7.614,3	7.700,6	7.783,1	7.867,5	7.949,1	8.032,0	8.112,1	8.192,1	8.275,2	8.360,3	1.560,8	19,4	1,5
Madrid	14.565,8	14.816,1	15.288,2	16.389,9	16.807,9	17.212,8	17.623,2	18.037,8	18.442,2	18.852,4	19.259,6	19.671,5	20.089,3	20.514,0	5.948,2	38,5	2,7
Murcia	3.916,5	4.011,2	4.092,3	4.356,2	4.434,3	4.507,7	4.582,9	4.660,5	4.735,7	4.813,9	4.890,5	4.968,1	5.048,2	5.130,0	1.213,4	27,9	2,1
Navarra	1.897,0	2.018,3	2.063,2	2.199,1	2.245,3	2.290,8	2.336,7	2.383,1	2.429,1	2.475,5	2.522,6	2.571,3	2.621,6	2.674,1	777,1	32,5	2,4
País Vasco	7.157,4	7.116,0	7.261,0	7.819,5	7.945,1	8.062,9	8.179,9	8.297,5	8.411,2	8.520,4	8.626,1	8.731,1	8.838,6	8.947,1	1.789,7	25,7	1,9
La Rioja	807,2	824,0	835,7	902,6	914,7	926,2	937,7	949,2	960,9	972,2	983,3	994,5	1.005,9	1.017,7	210,5	23,5	1,8
Total CC.AA.	114.331,3	117.336,9	119.874,4	128.489,9	130.725,1	132.839,2	135.000,2	137.196,2	139.322,3	141.470,1	143.574,2	145.719,3	147.922,5	150.168,4	35.837,0	28,0	2,1

Fuente: Elaboración propia.

FUNCAS

C/ Caballero de Gracia, 28
Madrid, 28013, Spain
Tel. +34 91 5965481 +34 91 5965718
Email: publica@funcas.es
www.funcas.ceca.es

ISBN 978-84-17609-53-5