

## Financiación del sistema de Bienestar

Carmen Mitxelena

### Introducción

El Título VIII de la Constitución de 1978 establece la organización territorial de España en diecisiete Comunidades Autónomas (CCAA a partir de ahora). Se configura de esta forma un Estado con descentralización presupuestaria, especialmente del gasto, rasgo principal que caracteriza el Estado del Bienestar español. Esta descentralización se lleva a cabo a través de transferencias de competencias y de servicios de la Administración del Estado a las CCAA. La principal consecuencia de este modelo es que el gasto autonómico presupuestado va incrementándose más de prisa que el del Estado, llegando a triplicarse en los últimos años. Este nivel de descentralización hace que este modelo se asemeje a otros países de estructura federal como pueden ser Alemania, Austria, Canadá o Suiza.

De las cuatro partidas que componen el gasto social básico (Seguridad y Protección Social, Sanidad, Educación y Vivienda), la más importante cuantitativamente es la de Seguridad y Protección Social (véase tabla 1). El gasto presupuestado en Sanidad es la segunda finalidad del gasto social en orden de importancia cuantitativa. Este gasto se encuentra a gran distancia del de Seguridad y Protección Social, y además a diferencia de éste último, tiene un componente autonómico importante, que se irá ampliando a medida que se vayan transfiriendo las competencias a las CCAA. En tercer lugar, se encuentra el gasto destinado a Educación. También hay que señalar la importancia del componente autonómico en este gasto que se incrementará aún más con el traspaso de sus servicios a las CCAA.

Respecto a la última partida del gasto social básico, la Vivienda, hay que decir que su volumen de gasto es muy inferior al resto (representa menos del 1% del gasto total). Las competencias en esta materia corresponden a las CCAA, las cuales ya se habían transferido en 1984. En síntesis, durante estos años asistimos a un aumento creciente y constante del gasto social autonómico en detrimento del gasto de la Administración del Estado (véase tabla 2).

## **Evolución de la financiación del bienestar: 1985-2000**

El sistema de Bienestar en España, en términos cuantitativos del gasto social, se puede decir que está compuesto básicamente por la Seguridad Social y la Sanidad. Ambos conceptos representan las dos terceras partes del total del gasto social en el año 2000.

### ***Seguridad Social***

La estructura financiera de la Seguridad Social en España ha ido cambiando durante todo el período (1985-2000) fruto de las distintas reformas legislativas. El sistema se caracterizaba, antes de 1985, porque la financiación de la Seguridad Social se realizaba a través de las cotizaciones sociales y del presupuesto del Estado; de esta forma se financiaba indistintamente el gasto en prestaciones económicas, la asistencia sanitaria y los servicios sociales.

La reforma más importante en el período 1985-2000 se puede considerar que es la denominada "Ley de Pensiones" (Ley 26/1985, de Medidas urgentes para la Racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social). A través de esta norma se refuerza el carácter contributivo del sistema de pensiones y se establece la importancia de que exista una mayor correlación entre pensiones y cotizaciones (principio actuarial).

La Ley de Presupuestos de 1989 supone una nueva reforma en la estructura de financiación. Se estableció que la aportación del presupuesto del Estado tuviera carácter finalista; esto significó que en el presupuesto de este año (1989) ya se estableciera la cuantía que se iba a destinar a la financiación de la asistencia sanitaria y el importe de los complementos a mínimos de las pensiones. Las cotizaciones sociales se destinaron a financiar las prestaciones económicas contributivas. Este fue sin duda el primer paso hacia la separación de las fuentes de financiación.

En 1990 se aprueba la Ley 26/1990 de 20 de diciembre, de Pensiones No Contributivas, para las personas sin recursos suficientes; se hacía extensible también a estas personas el derecho a la asistencia sanitaria. Este nuevo campo de acción de la Seguridad Social se financia totalmente vía presupuesto del Estado (imposición general).

En 1994, se aprueba por Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio, un nuevo Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. En este mismo año se implanta el Presupuesto por Programas y el Sistema Integrado de Contabilidad de la Seguridad Social.

En síntesis, en el período 1985-1995 se llevan a cabo importantes reformas que hicieron posible que en ese último año se firmara el denominado "Pacto de Toledo" en 1997. Las recomendaciones del Pacto de Toledo marcaron otra nueva reforma en el sistema de Seguridad Social; las modificaciones que se introdujeron se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

1. Refuerzo del carácter contributivo del sistema, aumentando la proporcionalidad entre las cotizaciones y las prestaciones por un lado, y entre las cotizaciones y el salario real por otro.
2. Garantizar el poder adquisitivo de las pensiones y mejorar la cobertura de las pensiones mínimas.

3. Simplificar y racionalizar los distintos regímenes tanto en la cotización como en las prestaciones.
4. Separación definitiva de las fuentes de financiación; se establece que las cotizaciones sociales financien las prestaciones contributivas y que las prestaciones no contributivas y universales dependan de las aportaciones del presupuesto del Estado (financiación a través de impuestos generales).

Con base en el Pacto de Toledo se aprobó en el Parlamento la Ley 24/1997, de Consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social.

Durante el período 1997-2000 se ha producido un importante proceso de clarificación del sistema de financiación de la Seguridad Social. Se ha finalizado el proceso en los capítulos de sanidad y servicios sociales, ya financiados íntegramente mediante impuestos, pero el proceso de separación de fuentes de financiación no se ha finalizado totalmente en el tiempo exigido.

Como consecuencia de la separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social, se ha conseguido desde el año 1999 superávit presupuestario en esta partida. Este superávit se ha destinado a la creación de un Fondo de Reserva para hacer frente a las posibles insuficiencias financieras futuras y para reforzar la viabilidad del sistema de pensiones a largo plazo. La cuantía de dicho Fondo ha sido de 90.000 millones de pesetas en el año 2001, y 1.051,77 millones de euros en el año 2002 (Ministerio de Hacienda, 2002).

Legalmente la diferenciación de las fuentes de financiación queda recogida en el Artículo 86 del texto refundido de la Seguridad Social (Real Decreto 1/1994 de 20 de junio). Se establecen los dos modelos existentes: el contributivo y el asistencial o universal (véanse tablas 3, 4 y 5). El modelo contributivo se financia básicamente por las cotizaciones de los trabajadores. Por el contrario, el modelo universal se desliga de la actividad económica; su financiación es a través del presupuesto del Estado (financiación por impuestos generales).

Como resultado de la aplicación de las recomendaciones del Pacto de Toledo, las cuotas sociales se han reducido desde el 76% al 64,4% entre 1985 y el año 2000. A su vez las transferencias del Estado han aumentado su presencia desde el 21,3% al 31,4%. El capítulo de "otros ingresos" se ha incrementado también ligeramente desde el 2,8% al 4,7%. (véase tabla 6). En términos de porcentaje sobre el PIB, las cuotas sociales se han mantenido durante el período 1985-2000 entre el 9,5% y el 9,7%. Las aportaciones del Estado han variado entre el 2,7% y el 4,8% (véase tabla 7).

Por otro lado, hay que señalar también la importancia de los préstamos concedidos por el Estado, es decir, la deuda imputada a la Seguridad Social, que puede dividirse en tres tipos:

1. Préstamos concedidos por el Estado al INSALUD (Instituto Nacional de la Salud, National Health Service) (1992,1993 y 1994);
2. Préstamos concedidos por el Estado a la Seguridad Social para cubrir el déficit presupuestario provocado por la insuficiente financiación del propio Estado de las prestaciones no contributivas y universales, sobre todo la sanidad;

3. Préstamos concedidos por el Estado a la Seguridad Social para cubrir el desfase de tesorería causado por la diferencia entre el criterio de caja y devengo en los ingresos por cuotas sociales.

La evolución de la estructura de financiación ha tenido como resultado que, en el año 2000, se financien las prestaciones de asistencia sanitaria del INSALUD, los servicios sociales del IMSERSO y la protección familiar vía presupuesto del Estado (impuestos generales). Como ejemplo podemos señalar que las cotizaciones sociales pasan de financiar en el año 1995 el 20,8 % del presupuesto del INSALUD al 0% en el año 2000 (véase tabla 3).

### ***Sanidad***

La evolución de la financiación de la Sanidad en el período 1985-2000 viene marcada, en gran medida, por la aprobación de la Ley 14/86 de 25 de abril, Ley General de Sanidad, y también por el proceso de descentralización de las competencias sanitarias a las CCAA.

La Ley General de Sanidad de 1986 crea el Sistema Nacional de Salud, organizando administrativa y territorialmente los servicios sanitarios en España. Las principales características de esta reforma son la cobertura sanitaria universal y la financiación pública por impuestos. Estas medidas se hacen efectivas desde 1989 a través de la Ley de presupuestos del Estado de ese año. La aportación del Estado (financiación vía impuestos) financiaba el 79,2% del presupuesto del INSALUD en el año 1995; esta financiación supone en el año 2000 el 100% de dicho presupuesto (véase tabla 8).

El proceso de descentralización territorial que se lleva a cabo a partir de los años 80 tiene una importancia crucial sobre la financiación de la Sanidad en España. El territorio estatal ha quedado dividido a estos efectos en dos bloques (aunque se prevé que en el futuro todas las autonomías la asuman):

- CCAA que no tienen transferidas las competencias en sanidad; el INSALUD es gestionado directamente por el Estado;
- CCAA que tienen transferida la gestión del INSALUD.

Siete CCAA tienen transferidas las competencias sanitarias en el año 2000: Cataluña (se transfiere el INSALUD en 1981), Andalucía (1984), País Vasco y C.Valenciana (1988), Navarra y Galicia (1990), y por último Canarias (1994). Para tener una idea de la importancia tanto cuantitativa como cualitativa que tienen estas transferencias, hemos de señalar que el conjunto de CCAA con gestión del INSALUD representa el 60% de la población del Estado; y en cuanto al presupuesto que gestionan supone el 62% sobre el presupuesto total del INSALUD en el año 2000.

Como consecuencia de la separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social, en el año 1999 el presupuesto del INSALUD se diferencia totalmente del de la Seguridad Social; desaparecen las cotizaciones sociales que financiaban más del 80 por ciento del gasto sanitario en el año 1985. Actualmente, el Estado financia íntegramente vía impuestos el presupuesto del gasto en sanidad (véase tabla 3).

La financiación de los servicios sanitarios traspasados a las CCAA se hace atendiendo al criterio recogido en la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 82: la

población protegida existente en cada territorio. El reparto de los fondos para financiar la Sanidad se realiza, por tanto, en función del número de habitantes de cada Comunidad Autónoma. Desde las primeras transferencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social hasta 1994, el porcentaje de participación en el presupuesto de la INSALUD de cada Comunidad ha estado en función de la población residente en la misma.

El Acuerdo de 20 de septiembre de 1994 del Consejo de Política Fiscal y Financiera, establece la financiación para el período 1994-1997. Se aportaron recursos adicionales a la financiación sanitaria, fijándose un criterio de evolución para estos recursos según el PIB nominal de cada año durante la vigencia del Acuerdo y se actualizaron los cálculos sobre población protegida. Por último, se establece un fondo adicional para financiar la asistencia prestada a pacientes desplazados fuera de su Comunidad de residencia.

En el año 1997 se suscribe otro acuerdo para establecer la financiación para el período 1998-2001 (Acuerdo de 27 de noviembre de 1997). En él se mantienen los criterios generales del Acuerdo de 1994. Además se establece un "Fondo de Atenciones Generales" que se distribuye entre las CCAA según la población de derecho del año 1996. Este Fondo supone el 96,5% del presupuesto total; el 3,4% restante corresponde a otros pequeños fondos como son: el Fondo para la compensación de pérdida de población protegida; el Fondo para la compensación de gastos por atención a desplazados y el Fondo de racionalización del gasto de la prestación de Incapacidad Transitoria.

### ***Educación y vivienda***

La política de Educación tiene un peso mucho menor que las dos principales (Seguridad Social y Sanidad) en la composición del Estado de Bienestar español (véanse tablas 1 y 9). El gasto presupuestado en Educación tiene como característica principal su descentralización. Educación es gestionada directamente por las CCAA con competencias plenas: Andalucía, Canarias, Cataluña, C. Valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco, por un lado y por el resto de CCAA con competencias diferidas en Educación junto con el Estado (territorio MEC). El presupuesto gestionado en Educación se reparte casi al 50 por ciento entre los dos bloques señalados.

En lo referente a la política de Vivienda es una partida presupuestaria muy pequeña en relación al total del presupuesto (véase tabla 9).

### **La descentralización del gasto social**

Desde 1980 el proceso de traspaso de competencias a las CCAA crece enormemente hasta el año 1984. Un año más tarde el gasto social autonómico representa algo más del 16 por cien del total del gasto social presupuestado. A medida que se transfieren partidas tan importantes como la Sanidad y la Educación, el peso del gasto autonómico es cada vez mayor y su crecimiento avanza mucho más de prisa que el gasto del Estado. En el año 1992, el gasto social descentralizado alcanza el 27 por cien y supera el 31 por cien en el año 2000 (véase tabla 2).

El gasto social supone más de la mitad del gasto total de las CCAA (véase tabla 10). Dentro de esta media para el conjunto de CCAA podemos distinguir dos bloques: las

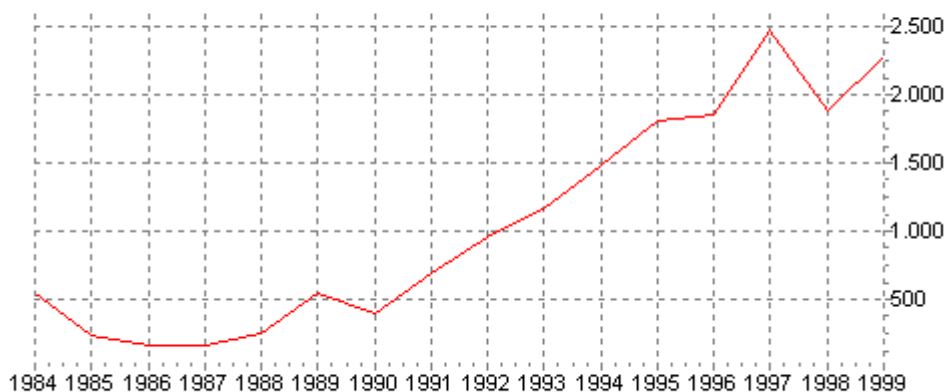
CCAA que han asumido las competencias en Sanidad y Educación, cuyo gasto supone alrededor del 45%; y el otro bloque formado por las que no tienen estos servicios transferidos, cuyo gasto supone un 24% del gasto total.

En el gráfico 1 podemos ver la evolución creciente del gasto social autonómico en Sanidad y Servicios Sociales. Estas dos partidas presupuestarias representan el grueso del gasto social autonómico.

## GRÁFICO 1

**PRESUPUESTO CCAA. ENTIDADES GESTORAS SEGURIDAD SOCIAL. GASTOS. ACTIVOS FINANCIEROS (CAPÍTULO 8). OBLIGACIONES RECONOCIDAS.**

**Institución/Organismo: Comunidades Autónomas**  
**Territorio: Total de las CCAA**



Unidad: Millones de pesetas

Fuente: Dirección General de Coordinación de las Haciendas Territoriales

### ***Sanidad***

Hay una gran diferencia en la descentralización del presupuesto de las CCAA con gestión sanitaria transferida y las que aún no han recibido las competencias sanitarias. Cuando se transfieran los servicios sanitarios a todas las CCAA el porcentaje de presupuesto para la Sanidad descentralizado será muy superior al de la Administración Central.

### ***Servicios Sociales***

El artículo 149 de la Constitución española es el que faculta a las Comunidades Autónomas a asumir plenas competencias en materia de asistencia social y de servicios sociales. En el ejercicio de estas competencias, cada una de las CCAA ha dictado leyes sobre los servicios sociales, dedicando en ellas un título específico a la financiación de la asistencia y servicios sociales. Además, tienen la obligación de consignar anualmente en sus presupuestos las dotaciones precisas para establecer y mantener estos servicios. En síntesis, los servicios sociales en España se financian básicamente desde las administraciones territoriales (CCAA y Corporaciones Locales).

La elaboración en 1988 del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales pretendía establecer un sistema público de servicios sociales de atención primaria y con carácter universal. En este sentido, los datos de la tabla 11 reflejan claramente la disminución del peso de la financiación estatal en favor de las aportaciones de las administraciones territoriales.

### **Tendencias y perspectivas de futuro**

El Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de julio de 2001, sobre el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común, va a influir significativamente en la financiación de los servicios sociales y sanitarios a partir del año 2002. Este Acuerdo avanza en el proceso de descentralización de los Presupuestos del Estado hacia el nivel autonómico. Los recursos que la Administración Central venía aportando, en forma de transferencias para la financiación de la gestión de los servicios sociales y sanitarios asumidos, van a quedar integrados en un solo bloque junto con los recursos que financian las competencias comunes.

Dado que sobre el Estado sigue pesando la responsabilidad exclusiva en materia de régimen económico de la Seguridad Social, se introduce un principio de carácter finalista según el cual las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios sociales y sanitarios, estarán obligadas a destinar a la gestión de los mismos un volumen de recursos predeterminado. Esto supone, en términos presupuestarios, la supresión de las transferencias del Estado para servicios sociales y sanitarios que se verán sustituidas fundamentalmente por la cesión de impuestos a las CCAA.

Concretamente, el nuevo sistema de financiación se ha materializado en el siguiente punto diferenciador con respecto a la etapa anterior: se distinguen tres grandes bloques de gasto a financiar: competencias comunes, gastos sanitarios de la Seguridad Social y servicios sociales de la Seguridad Social (IMSERSO). El sistema parte tomando como base del cálculo el año 1999 (la denominada restricción inicial). Una vez establecida la restricción inicial, se estiman las necesidades de gasto de cada Comunidad en función de una serie de variables.

Bloques de gasto a financiar:

- a) Competencias comunes: para distribuir las necesidades de gasto, según este bloque de competencias, se prevén tres instrumentos:
  - El Fondo General. Se distribuye atendiendo a la población, superficie, dispersión e insularidad.
  - El Fondo de Renta Relativa. Se le otorga a aquellas Comunidades cuya población relativa es superior a su Valor Añadido Bruto relativo, y financia a diez CCAA: Andalucía, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Murcia y Comunidad Valenciana.
  - El Fondo de Escasa Población. Se benefician de él Aragón y Extremadura porque su densidad de población no se ajusta a su extensión geográfica.

Si al distribuir estos fondos alguna Comunidad Autónoma no puede cubrir los gastos generales que venía realizando, se establecerá un suplemento con la llamada garantía de mínimos. Por tanto, ninguna Comunidad dispondría de menos fondos que en 1999 para financiar sus competencias comunes y algunas dispondrían de más. Se prevén además una serie de modulaciones de esta tasa de crecimiento.

- b) Gasto sanitario: se distribuye en función de la población protegida, del número de personas de más de 65 años y de la insularidad, estableciéndose asimismo un mínimo de gasto necesario. Además, el Estado garantiza que durante los tres primeros años de aplicación del Sistema los recursos cedidos a las CCAA para financiar la Sanidad crecerán, al menos, a la misma tasa que el PIB nominal.
- c) Servicios Sociales (competencias en IMSERSO): las necesidades de este servicio se calculan en función de la población mayor de 65 años.

En definitiva, el traspaso de nuevas competencias de gasto (Sanidad, Educación y Servicios Sociales) deberá ser financiado en menor medida por las transferencias recibidas de otras administraciones y más por recursos propios y cedidos vía recaudación como consecuencia de la última reforma aprobada. Por otro lado, no hay que olvidar que estas competencias que ahora asumen las CCAA implican un tipo de gasto cuya evolución por razones obvias, va a sufrir un fuerte incremento en los próximos años. El envejecimiento de la población, hará que el gasto en Sanidad vaya a ser uno de los que más crezcan en un corto plazo de tiempo; pero es que, además, hay que sumar el previsible incremento del gasto en Servicios Sociales, en expansión también debido al hecho incuestionable de la inmigración; quizá, de las competencias asumidas, la Educación sea la que se mantenga o incluso experimente un retroceso debido a la pirámide poblacional. Por tanto, el futuro del Estado de Bienestar español va a depender en gran medida de la capacidad de financiación que muestren las CCAA en los próximos años para afrontar su gasto social.



## **Fuentes bibliográficas**

Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales, Ministerio de Hacienda (varios años), *Presupuestos de las CCAA*.

Fundación Encuentro, CECS (2001), *Informe España 2001: una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro.

MAP (Ministerio de Administraciones Públicas) (1997), *Estudio sobre reparto del gasto público en 1997 entre los distintos niveles de administración*. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas.

Ministerio de Hacienda (varios años), *Presupuestos Generales del Estado*. Madrid.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1995), *La Seguridad Social en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (varios años), *Presupuestos de la Seguridad Social. Cifras y Datos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

## Anexo

**Tabla 1. Composición del Gasto Social (Administración Central y CCAA)**

Políticas	Presupuesto (%) sobre el total de políticas de gasto			
	1985	1992	1995	2000
<b>Pensiones</b>	16,91	23,1	23,6	27,60
<b>Prestaciones Sociales</b>	6,50	5,0	4,9	3,30
<b>Desempleo</b>	5,73	6,5	6,8	4,00
<b>Sanidad</b>	9,01	10,8	11,2	13,20
<b>Educación</b>	8,00	5,5	3,7	2,20
<b>Vivienda</b>	0,59	0,4	0,4	0,33
<b>Otras</b>	1,10	1,0	1,2	4,47
<b>Total Gasto Social</b>	<b>47,80</b>	<b>52,3</b>	<b>51,8</b>	<b>55,10</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, varios años.

**Tabla 2. Distribución territorial del Gasto Público en España (%)**

	1981 <sup>1</sup>	1984	1987	1990	1992	1997	2000 <sup>2</sup>
<b>Central</b>	87.3	75.6	72.6	66.2	63.0	59.5	54
<b>Regional</b>	3.0	12.2	14.6	20.5	23.2	26.9	33
<b>Local</b>	9.7	12.1	12.8	13.3	13.8	13.6	13

<sup>1</sup> Comienzo del proceso de transferencias a las CCAA

<sup>2</sup> Según estimaciones del Gobierno

Fuente: Ministerio de Administraciones Públicas MAP (1997).

**Tabla 3. Prestaciones e Ingresos del Sistema de Seguridad Social**

<b>Prestaciones incluidas en el Sistema de Seguridad Social</b>	
Prestaciones contributivas	Prestaciones no contributivas y universales
- Pensiones contributivas: jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia. - Incapacidad temporal - Maternidad - Gastos de gestión de estas prestaciones	- Complemento a mínimos de las pensiones - Pensiones no contributivas - Asistencia sanitaria - Servicios Sociales - Prestaciones familiares
<b>Ingresos disponibles por el Sistema de Seguridad Social</b>	
Origen contributivo	Origen universal
- Cuota por contingencias comunes y accidentes de trabajo - Otros ingresos propios	- Transferencias del Estado (fuente: ingresos generales)

**Tabla 4. Gasto consolidado de la Seguridad Social (% sobre PIB)**

Año	Prestaciones Económicas			Asistencia Sanitaria	Servicios Sociales	Total
	Total	Pensiones Contributivas	Resto			
1985	8,7	7,5	1,2	3,8	0,2	12,6
1990	8,5	7,5	1,0	4,3	0,4	13,2
1995	9,8	8,5	1,3	4,7	0,3	14,9
1996	10,0	8,7	1,3	4,7	0,3	15,1
1997	9,9	8,7	1,2	4,5	0,3	14,8
1998	9,8	8,6	1,2	4,6	0,3	14,7
1999	9,6	8,4	1,5	4,5	0,3	14,4
2000	9,8	8,6	1,2	4,6	0,3	14,6

Fuente: Ministerio de Hacienda, varios años.

**Tabla 5. Gasto consolidado de la Seguridad Social: % sobre total**

Año	Prestaciones Económicas			Asistencia Sanitaria	Servicios Sociales
	Total	Pensiones Contributivas	Resto		
1985	68,2	59,0	9,2	29,5	1,4
1990	63,3	56,1	7,2	31,6	2,9
1995	65,2	56,4	8,8	31,1	2,3
1996	65,7	56,9	8,8	30,8	2,0
1997	66,3	57,7	8,6	30,2	1,9
1998	65,5	57,4	8,1	31,0	2,0
1999	65,7	57,5	8,2	30,6	2,0
2000	66,0	58,2	7,8	30,8	1,8

Fuente: Ministerio de Hacienda, varios años.

**Tabla 6. Sistema de Seguridad Social: Ingresos en % sobre total**

Año	Cotizaciones	Aportaciones Estado	Otros
1985	75,9	21,3	2,8
1990	71,8	25,7	2,6
1991	71,2	26,2	2,6
1992	71,9	26,1	2,0
1993	70,9	26,7	2,3
1994	65,9	30,4	3,7
1995	64,0	33,8	2,2
1996	63,7	33,4	2,9
1997	65,6	31,4	3,0
1998	65,2	31,6	3,1
1999	64,4	31,0	4,6
2000	63,9	31,4	4,7

Fuente: Ministerio de Hacienda, varios años.

**Tabla 7. Sistema de Seguridad Social: Ingresos en % sobre PIB**

Año	Cotizaciones	Aportaciones Estado	Otros	Total
1985	9,5	2,7	0,4	12,5
1990	9,7	3,5	0,3	13,5
1991	9,9	3,6	0,4	13,9
1992	10,4	3,8	0,3	14,5
1993	10,7	4,0	0,4	15,1
1994	11,0	5,1	0,6	16,7
1995	9,6	5,1	0,3	15,0
1996	9,7	5,1	0,4	15,3
1997	9,8	4,7	0,4	14,9
1998	9,8	4,8	0,5	15,1
1999	9,8	4,7	0,7	15,3
2000	9,7	4,8	0,6	15,1

Fuente: Ministerio de Hacienda, varios años.

**Tabla 8. Evolución del Gasto Público en Sanidad 1985-2000. (Presupuesto consolidado: Administración Central y CCAA)**

Años	% Gasto <sup>(1)</sup>	Financiación %	
		Aportaciones del Estado (impuestos)	Cotizaciones Sociales
1985	9,01	16,2	83,8
1992	10,80	72,8	27,2
1995	11,20	79,2	20,8
1998	12,80	95,2	4,8
2000	13,20	100	0

(1) Porcentaje del gasto sanitario sobre el total del presupuesto

Fuente: Ministerio de Hacienda, varios años.

**Tabla 9. Evolución del Gasto Público en Educación y Vivienda 1985-2000. (Presupuesto Consolidado)**

	1985	1992	1995	1998	2000
<b>Educación</b>	8,00	5,5	3,7	3,4	2,2
<b>Vivienda</b>	0,59	0,4	0,4	0,4	0,3

Fuente: Ministerio de Hacienda, varios años.

**Tabla 10. Gasto Social Autonómico. Año 2000**

<b>Políticas de gasto</b>	<b>Presupuesto (%)</b>
Seguridad, Protección y Promoción Social - Seguridad y Protección Social (4,48) - Promoción Social (2,58)	7,06
Sanidad	24,07
Educación	24,34
Vivienda y Urbanismo	2,25
Otras	4,13
<b>Total Gasto Social</b>	<b>61,85</b>

Fuente: Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales.

**Tabla 11. Evolución de la aportación de las distintas Administraciones al Plan Concertado (1988-1997) en porcentajes**

<b>Año</b>	<b>Corporaciones Locales</b>	<b>Comunidades Autónomas</b>	<b>Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales</b>	<b>Total</b>
1988	41,5	32,8	25,7	100
1991	41,1	33,0	26,2	100
1993	50,5	28,2	21,3	100
1995	51,1	28,5	20,4	100
1997	56,0	25,0	17,0	100

Fuente: Fundación Encuentro, CECS (2001).