

# **CUANTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICO GENERAL**

**Roberto Montero, Juan de Dios Jiménez y José Jesús Martín \***

WP-EC 2004-08

Correspondencia: Roberto Montero. Universidad de Granada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Economía Aplicada. Campus Universitario Cartuja. 18011 Granada. Tfno. / Fax: 958 24 40 46 / E-mail: montero@ugr.es.

Editor: Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, S.A.

Primera Edición Marzo 2004

Depósito Legal: V-1629-2004

*Los documentos de trabajo del IVIE ofrecen un avance de los resultados de las investigaciones económicas en curso, con objeto de generar un proceso de discusión previo a su remisión a las revistas científicas.*

---

\* Universidad de Granada

# **CUANTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICO GENERAL**

**Roberto Montero, Juan de Dios Jiménez y José Jesús Martín**

## **RESUMEN**

El nuevo sistema de financiación autonómica profundiza en conceptos como estabilidad, responsabilidad e integración financiera. Los recursos que distribuye suponen casi el 90% del total de presupuestos consolidados de las CCAA de régimen común. El presente documento realiza una aproximación a la configuración del nuevo modelo, también afronta y cuantifica sus mecanismos de asignación de recursos. Finalmente se evalúan los costes de transacción del nuevo modelo y los costes definitivos de las transferencias sanitarias.

Palabras clave: Sistema de financiación; Descentralización; Presupuestos local y estatal

## **ABSTRACT**

The new Spanish autonomous communities (AACC) financing system deepens in stability, co-responsibility and financial integration concepts. The resources that it distributes are bigger than 90% of the total of the AACC consolidated budgets. This document approach the new system's configuration, it also confronts and it quantifies its mechanisms of assignment of resources. Finally the new system costs of transaction and the definitive costs of the health politics transfers are evaluated.

Keywords: Financing system; decentralization, State and local budget

JEL Classification: H11; H51; H52; H54; H61; H72

## **1. INTRODUCCIÓN**

En enero de 2002 entró en vigor el nuevo sistema de financiación autonómica que dispuso, en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF), del apoyo unánime de los representantes de todas las Comunidades Autónomas (CCAA). El nuevo sistema de financiación adquiere una especial relevancia por cuanto, prácticamente concluido el proceso de transferencias a todas las CCAA, tiene vocación de permanencia en el tiempo e integra la mayoría de los sistemas de financiación preexistentes.

Las partidas recibidas por las CCAA en 2002, que tienen carácter de provisionales, aún están pendientes de liquidación, estando prevista la misma durante el presente ejercicio presupuestario de 2004. La incertidumbre en la definición de necesidad, en la dotación de algunos subfondos y en la recaudación territorializada de los tributos provoca perjuicios a la financiación de los servicios públicos autonómicos e inestabilidad al sistema de financiación.

El presente documento de trabajo se plantea dos objetivos fundamentales. En primer lugar, se realiza una interpretación de los acuerdos del modelo de financiación que cuantifica la asignación final de recursos. En este apartado se evalúa y determina: la financiación correspondiente a cada Comunidad Autónoma (CA) en cada uno de los subsistemas de financiación; las CCAA beneficiarias del fondo de menor densidad de población; las CCAA afectadas por la garantía de mínimos y por las modulaciones del crecimiento de recursos, etc.

En segundo lugar, se aborda una estimación tanto del coste de la negociación del nuevo sistema como el de negociación del traspaso de competencias sanitarias. Ambos procesos han provocado que, en la práctica, cada CA tenga un distinto volumen de financiación, en términos per cápita, lo que puede provocar agravios comparativos e inestabilidad en el sistema. Estas diferencias provocarán un nuevo coste para homologar la financiación de cada CA con aquella que obtenga más recursos en términos per cápita.

## 2. EL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA

### 2.1. *Antecedentes*

La cesión de competencias de servicios públicos entre distintos niveles de gobierno, debe venir acompañada del correspondiente traspaso de los recursos necesarios para su gestión. Este puede hacerse mediante la transferencia en efectivo, o bien a través de la cesión de la capacidad recaudatoria de alguna herramienta financiera (impuesto, tasa, etc.), que pudiese incorporar capacidad normativa sobre las mismas.

Las Leyes que dotan del marco legal necesario son, además de la propia Constitución de 1978 (CE), la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA)<sup>1</sup> y las Leyes de Cesión de Tributos (LCT)<sup>2</sup>. La CE, como norma de rango superior, viene a establecer el contenido básico de las competencias cedibles a las CCAA, así como el marco general de desarrollo de las mismas y aspectos básicos de su financiación. La LOFCA recoge el resto de criterios generales de financiación, como criterios de necesidad, formas de transferencia de fondos, requisitos para la creación de tributos propios, etc. Por último, las LCT establecen el marco general sobre los tributos que son cedibles, en qué grado y con qué alcance.

Para las CCAA de régimen común, los sistemas de financiación que han coexistido tradicionalmente son: a) las competencias comunes (LOFCA), en el que se contempla la financiación de todas las competencias de las CCAA, a excepción de las que provienen de la Seguridad Social; b) la sanidad, que recoge los fondos necesarios para la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social; y c) los servicios sociales de la Seguridad Social, que recoge la financiación de los servicios que gestionaba el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), fundamentalmente el apoyo a la tercera edad y colectivos marginados<sup>3</sup>.

En la evolución del sistema LOFCA, se pueden diferenciar dos grandes periodos. El primero, período transitorio (1978-1986), en el que una gran parte de las competencias estatales se transfirieron a las CCAA. La financiación correspondiente se convenía mediante comisiones mixtas, que se constituían entre el Estado central y el

---

<sup>1</sup> Ley Orgánica 8/80 de 22 de septiembre, que ha sufrido múltiples modificaciones.

<sup>2</sup> Ley 30/83 de 28 de diciembre y Ley 14/96 de 30 de diciembre.

<sup>3</sup> Por su relevancia social y política, así como por su dotación económica, los dos sistemas de financiación más relevantes han sido el sistema LOFCA y el de la Sanidad.

autonómico. Durante este período, el esquema financiero general consistía en la cesión de tributos y transferencias de fondos incondicionados.

En la segunda etapa (a partir de 1987) se articularon diferentes acuerdos generales de financiación en el que se intentaba resolver un hecho: el nivel de financiación de cada nueva competencia originaba problemas de desigualdad en la financiación y de justicia comparativa entre las distintas CCAA. El primer acuerdo general (1987) se aprobó con la vocación de homologar todos los criterios de distribución; fundamentalmente consistió en la definición de un criterio objetivo de necesidad, que vendría determinado por el peso relativo de cada CA en una cesta de variables. Los restantes acuerdos (1992 y 1997) trataron de profundizar en aspectos concretos de corresponsabilidad fiscal, estabilidad, garantías de suficiencia, redefinición del concepto de necesidad, etc.

En la revisión de 1997 las novedades fueron importantes. Por un lado, se amplió la cesión de cuota líquida del IRPF, en un 15% más. Por otro lado, se cedió capacidad normativa para este segundo tramo del IRPF cedido o cedible. Finalmente, se amplió la capacidad normativa del resto de tributos cedidos<sup>4</sup>.

Otra peculiaridad del acuerdo de financiación es que permitió discrecionalmente a las CCAA adherirse o rechazar el sistema de financiación, que en su caso continuaría financiándose por el anterior sistema. Así, tres de éstas (Andalucía, Extremadura y Castilla-La Mancha) no aceptaron el sistema de financiación.

Respecto del sistema público de prestaciones sanitarias, ha sufrido importantes transformaciones en su sistema de financiación. Éstas fueron especialmente importantes hasta 1994, en donde coexistieron los procesos de traspaso de competencias y de negociaciones sobre el coste del servicio en cada CA<sup>5</sup>. En este contexto, la financiación de la sanidad pública, que dependía de los distintos acuerdos de financiación con cada CA, resultó ser insuficiente (Sanfrutos, 1999). Las razones eran de variada naturaleza: incremento de la población cubierta (que llega a universalizarse), aumento del catálogo de prestaciones, crecimiento del coste medio de las terapias y el progresivo envejecimiento de la población. La insuficiencia financiera provocó importantes

---

<sup>4</sup> La cesión de capacidad normativa incluía, en la mayoría de los casos, margen de maniobra sobre tipos, sobre bases imponible, exenciones y bonificaciones y sobre desgravaciones en la cuota y la gestión de los impuestos.

<sup>5</sup> Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco (1988), Valencia (1988), Galicia (1991), Navarra (1991) y Canarias (1994).

procesos de saneamiento de deuda acumulada (Truyoll, 1999), así como el cambio en el origen de la financiación general del sistema, que pasa de financiarse de las cotizaciones sociales de los trabajadores a impuestos generales.

En 1994 entró en vigor del primer acuerdo general de financiación de la sanidad. Uno de sus rasgos fundamentales es el que se adoptó como variable fundamental de distribución a la población protegida de cada CA<sup>6</sup>. Posteriormente, para el cuatrienio 1998-2001, el nuevo acuerdo introdujo algunas modificaciones puntuales, caso de la población protegida que se actualizaron con el padrón de 1996<sup>7</sup>. No obstante, se introdujeron cuatro nuevos fondos (aunque conjuntamente apenas si superaron el 3,5% del total de recursos): a) el fondo para la modulación financiera, destinado a paliar la posible pérdida de financiación en aquellas CCAA con pérdidas porcentuales de población; b) el fondo para la atención a desplazados y docencia, que se distribuyó *ad hoc*; c) el fondo para la lucha contra el fraude, que se distribuyó en función de la población protegida; y d) el fondo procedente de las negociaciones con la industria farmacéutica, que acabó distribuyéndose en función de la población protegida<sup>8</sup>. Este acuerdo estableció un volumen de financiación de 23.456 millones de euros<sup>9</sup> que se incrementarían anualmente en función del PIB nominal. Esta cifra suponía un 7% del PIB<sup>10</sup>, un 14% del gasto público total y un 40% de la financiación total de las CCAA con competencias sanitarias.

Un aspecto a considerar en el caso de la financiación de la sanidad es que ha permanecido independiente de sistema general. Algunos razones justifican esta separación: a) La sanidad no ha estado transferida a la mayoría de las CCAA de régimen común hasta el 2002, que se generalizan las transferencias sanitarias al antiguo territorio INSALUD; b) Los servicios de salud, como herederos de los servicios de la Seguridad Social, han gozado siempre de la peculiaridad de contar con financiación condicionada, a diferencia del resto de recursos por competencias comunes que son

---

<sup>6</sup> Que está constituida por la población de derecho de cada CA de la que se detraen aquellos colectivos no protegidos (normalmente asociados a otras mutuas distintas de la Seguridad Social como MUFACE; MUJEJU; ISFAS, etc.)

<sup>7</sup> Este reconocimiento implicaba una desigual consideración del sistema de financiación de competencias comunes, que seguía aplicando las variables poblacionales del censo de 1991.

<sup>8</sup> El modelo de financiación no pudo concretar ni la cuantía ni la forma de distribución de los fondos de lucha contra la incapacidad transitoria y de negociación con la industria farmacéutica. Estos comenzaron a distribuirse en 1999 de forma proporcional a la población protegida, aunque la primera intención era distribuirlos en función a índices de esfuerzo de cada CA.

<sup>9</sup> Suma de la financiación general más el fondo para la lucha contra el fraude (240,4 millones de euros) y el fondo procedente de las negociaciones con la industria farmacéutica (150,3 millones de euros).

<sup>10</sup> Similar a la media europea, si se ajusta por diferencias de renta.

incondicionados; c) La sanidad ha venido financiándose tradicionalmente en función de las cotizaciones sociales de los trabajadores, hasta 1999 en que dejaron de financiar el sistema sanitario. Fueron los *Pactos de Toledo* los que acordaron un progresivo incremento de la financiación del sistema con cargo a impuestos.

## **2.2. *El modelo actual***

En diciembre de 2001 concluyó, de forma simultánea, la vigencia de los tres sistemas de financiación autonómica: competencias comunes, servicios sanitarios y servicios sociales<sup>11</sup>. Esta concurrencia sugirió la posibilidad de buscar un sistema integrado de financiación general. El sistema aprobado por el CPFF el 27 de julio de 2001, avanza en este sentido, y aunque se mantienen tres submodelos diferenciados -con distintas variables de distribución, diferentes reglas de evolución, etc.- se cierra en un mecanismo común que garantiza la suficiencia financiera.

Como cualquier modelo de distribución de recursos, el modelo de financiación ofrece una respuesta a cuestiones básicas: a) Que cantidad distribuir; b) Reglas de distribución entre las CCAA (suficiencia estática); c) Cómo satisfacer las necesidades de financiación de cada CA; y d) Reglas de evolución (suficiencia dinámica).

### **A) Que cantidad distribuir**

Para su determinación, el modelo propone el término de restricción inicial, que está constituida, con ligeras correcciones, por la suma de recursos de que dispusieron las CCAA en el ejercicio de 1999. Este ejercicio será el año base, es decir aquel al que se referirán todos los cálculos, aunque para obtener la cantidad a transferir habrá que incrementar dichas cantidades en los términos previstos en el acuerdo.

Las correcciones mencionadas en el párrafo anterior se refieren, por un lado, a la homogenización financiera del nivel competencial de todas las CCAA<sup>12</sup> y, por otro, a la anómala situación de aquellas CCAA en las que no estaba en vigor el modelo de financiación de competencias comunes para el periodo 1997-2001, que siguieron financiándose según el anterior modelo. En su caso, se considera restricción inicial aquella cantidad que hubiesen percibido de haber aceptado el modelo.

---

<sup>11</sup> También hubo de renegociarse el cupo de las tres provincias vascas.

<sup>12</sup> En el sentido de que si alguna CA dispone de competencias exclusivas, su financiación se excluye del cómputo mientras que si no dispone de alguna competencia generalizada, la financiación teórica se incluye en el cómputo.

Así pues, la restricción inicial general se compone de la suma de los recursos financieros obtenidos en el ejercicio de 1999 por competencias comunes, por sanidad y por servicios sociales. El Cuadro 1, que cuantifica su importe, refleja los importes de la financiación que, para cada uno de los conceptos obtuvieron las CCAA en el ejercicio de 1999. En términos de aportación a la restricción inicial, la financiación de las competencias comunes supone el 54,3% del total, la sanidad el 44,3% y los servicios sociales el 1,4% restante.

**Cuadro 1. Restricción inicial (1999) (millones de euros)**

	<b>Restricción inicial</b>	<b>Competencias Comunes</b>	<b>Sanidad</b>	<b>Servicios Sociales</b>
<b>Andalucía</b>	10.115,3	5.590,1	4.418,1	107,2
<b>Aragón</b>	1.836,9	1.003,0	796,0	37,9
<b>Asturias</b>	1.553,9	779,1	749,8	24,9
<b>Baleares</b>	952,4	502,2	434,1	16,1
<b>Canarias</b>	2.338,7	1.338,1	979,2	21,4
<b>Cantabria</b>	791,4	422,7	357,1	11,6
<b>Castilla-León</b>	3.865,5	2.262,0	1.527,1	76,3
<b>Castilla-La Mancha</b>	2.494,4	1.419,2	1.027,8	47,3
<b>Cataluña</b>	8.408,9	4.436,9	3.859,9	112,1
<b>Extremadura</b>	1.666,7	960,2	676,0	30,5
<b>Galicia</b>	4.115,5	2.373,8	1.676,0	65,8
<b>Madrid</b>	6.249,9	3.110,7	3.048,8	90,4
<b>Murcia</b>	1.493,1	799,2	673,1	20,8
<b>Rioja</b>	405,8	236,7	156,6	12,4
<b>Valencia</b>	5.249,6	2.732,9	2.450,6	66,0
<b>Restricción total</b>	<b>51.537,8</b>	<b>27.966,9</b>	<b>22.830,3</b>	<b>740,7</b>

Fuentes: Modelo de financiación. Presupuestos y liquidación de presupuestos de las Comunidades Autónomas (varios ejercicios). Memoria insalud 1999. Elaboración propia.

### **B) Reglas de distribución (suficiencia estática)**

El modelo de financiación utiliza el concepto de necesidad de financiación, que define como las cantidades que surgen tanto de la aplicación de las variables sociodemográficas y redistributivas como de las ponderaciones y modulaciones financieras que en el mismo se establece. Es decir, la necesidad definitiva de financiación de una CA se estimará a través de distintos índices que se consideran relevantes (la población, su edad, nivel de renta, etc.). Es importante señalar que, en este punto, el modelo reconoce expresamente que todas las CCAA deben incrementar el volumen de recursos respecto al sistema anterior. En el Cuadro 2 se cuantifica la ponderación asignada a cada CA.



Para su cálculo se definen tres ponderaciones diferentes: competencias comunes, sanidad y servicios sociales. El porcentaje resultante para cada CA en cada subsistema será su participación en la restricción inicial del subsistema correspondiente. La necesidad estimada para cada CA es :

- a) Para competencias comunes: población (94 %), superficie (4,2 %), dispersión de la población (1,2 %), e insularidad (0,6 %).

La financiación se complementará, en los casos que corresponda, con otros tres fondos adicionales. Por un lado, un *fondo mínimo fijo* que estará dotado con 595 millones de euros y se distribuye por igual entre todas las CCAA, a razón de 39,7 millones de euros cada una. Por otro lado, el *fondo por menor renta relativa* se dotará con 150,3 millones de euros y se distribuirá entre las CCAA cuya renta relativa sea inferior a la media, en proporción a las diferencias respecto a la media. Finalmente, el *fondo de menor densidad de población* estará dotado con 48,1 millones de euros, distribuyéndose entre las CCAA cuya densidad de población sea inferior a 27 habitantes por Km<sup>2</sup> y cuya extensión sea inferior a 50.000 Km<sup>13</sup>.

- b) Para competencias en sanidad: población protegida (75%), población mayor de 65 años (24,5%) e insularidad (0.5%)

La financiación se complementará con otros dos fondos adicionales: el *fondo programa de ahorro en incapacidad temporal* y el *fondo para la cohesión sanitaria*. El primero, tendrá una dotación de 240,4 millones de euros y se distribuirá en función de la población protegida. Su finalidad es la compensación a las CCAA por los gastos derivados en la gestión y la lucha contra el fraude en la incapacidad temporal que debe abonar la Seguridad Social<sup>14</sup>.

El segundo fondo será gestionado directamente por el Ministerio de Sanidad. Su finalidad será doble: a) compensar a las CCAA que reciban pacientes desplazados<sup>15</sup>, articulando un sistema homogéneo de facturación; b) garantizar la igualdad de oportunidades y acceso al servicio público sanitario de todos los ciudadanos españoles. El Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo

---

<sup>13</sup> Sólo Extremadura y Aragón cumplen simultáneamente ambos requisitos.

<sup>14</sup> Este fondo ya existía en el anterior modelo de financiación y su distribución estaba prevista se hiciese en función del esfuerzo relativo de cada CA. Dada la dificultad de encontrar una variable que reflejase correctamente este esfuerzo se optó, con algunos requisitos formales, por su distribución proporcional a la población protegida.

<sup>15</sup> Tanto desde otras CCAA como del resto de la Unión Europea.

de Cohesión Sanitaria, desarrolla este fondo mediante la implantación de un sistema de facturación recíproca entre CCAA de pacientes desplazados. La garantía de igualdad de acceso aumenta con la dotación de este fondo, por cuanto las CCAA tendrán un incentivo para el tratamiento de pacientes desplazados, favoreciendo de esta manera la calidad asistencial.

c) Para las competencias en servicios sociales: población mayor de 65 años (100%)

**Cuadro 2. Cálculo del porcentaje de participación por CCAA (en porcentaje sobre el total)**

	Competencias comunes			Sanidad		Servicios Sociales
	Fondo general	Riqueza relativa	Densidad población	Fondo General	Fondo IT	
<b>Andalucía</b>	19,2	52,6	-	18,6	19,3	16,6
<b>Aragón</b>	3,4	-	50,9	3,4	3,2	4,1
<b>Asturias</b>	3,0	2,7	-	3,1	2,9	3,7
<b>Baleares</b>	2,2	-	-	2,3	2,2	2,0
<b>Canarias</b>	4,8	2,1	-	4,5	4,5	3,1
<b>Cantabria</b>	1,4	0,3	-	1,5	1,4	1,6
<b>Castilla-León</b>	7,2	3,0	-	7,0	6,6	8,7
<b>Castilla-La Mancha</b>	5,1	6,8	-	4,8	4,6	5,4
<b>Cataluña</b>	15,9	-	-	16,9	17,0	17,1
<b>Extremadura</b>	3,1	9,8	49,1	2,9	2,8	3,2
<b>Galicia</b>	7,7	13,0	-	7,6	7,3	8,7
<b>Madrid</b>	13,0	-	-	13,1	13,5	12,0
<b>Murcia</b>	3,0	4,9	-	2,9	3,0	2,6
<b>Rioja</b>	0,7	-	-	0,7	0,7	0,8
<b>Valencia</b>	10,4	4,9	-	10,8	11,0	10,6
<b>Totales</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Fuente: Elaboración propia.*

Los cuadros siguientes cuantifican la participación de cada CA en el nuevo modelo, tanto en el fondo general como en los subfondos principales. El Cuadro 3 evalúa la financiación inicial de cada CA. Los datos se han obtenido a partir del porcentaje de participación de cada CA en la restricción inicial de cada subsistema.

**Cuadro 3. Cálculo de las necesidades de financiación por CCAA (en millones de euros)**

	Competencias comunes					Sanidad			Servicios Sociales
	Fondo general	Mínimo fijo	Renta relativa	Densidad población	Necesidad	Fondo general	Fondo IT	Necesidad	
<b>Andalucía</b>	5.358,4	39,7	79,0	-	5.477,1	4.190,4	46,5	4.236,9	122,8
<b>Aragón</b>	956,5	39,7	-	24,5	1.020,6	759,0	7,6	766,6	30,0
<b>Asturias</b>	827,8	39,7	4,0	-	871,5	702,5	7,1	709,6	27,0
<b>Baleares</b>	629,3	39,7	-	-	669,0	508,3	5,3	513,6	14,6
<b>Canarias</b>	1.328,4	39,7	3,1	-	1.371,2	1.016,5	10,8	1.027,3	23,0
<b>Cantabria</b>	388,7	39,7	0,4	-	428,9	329,8	3,4	333,3	11,7
<b>Castilla-León</b>	2.010,8	39,7	4,5	-	2.055,0	1.590,3	15,8	1.606,1	64,4
<b>Castilla-La Mancha</b>	1.412,3	39,7	10,2	-	1.462,2	1.082,1	11,1	1.093,1	40,3
<b>Cataluña</b>	4.457,9	39,7	-	-	4.497,6	3.822,2	40,8	3.863,0	126,4
<b>Extremadura</b>	858,6	39,7	14,7	23,6	936,6	655,1	6,8	661,9	23,4
<b>Galicia</b>	2.159,0	39,7	19,6	-	2.218,3	1.716,8	17,6	1.734,4	64,2
<b>Madrid</b>	3.638,5	39,7	-	-	3.678,2	2.957,0	32,5	2.989,5	89,1
<b>Murcia</b>	827,8	39,7	7,4	-	874,9	648,3	7,2	655,5	19,2
<b>Rioja</b>	201,4	39,7	-	-	241,1	164,9	1,7	166,6	6,1
<b>Valencia</b>	2.916,9	39,7	7,4	-	2.964,1	2.448,7	26,4	2.475,1	78,7
<b>Totales</b>	27.969,6	595,5	150,3	48,1	28.763,5	22.594,3	240,5	22.834,8	740,9

*Fuente: Presupuestos y Liquidación de presupuestos de las Comunidades y Ciudades Autónomas (varios ejercicios). Dirección General de Fondos Comunitarios. Elaboración Propia.*

El nuevo modelo de financiación incluye dos instrumentos que alteran el resultado de la aplicación de los criterios anteriores: la garantía de mínimos y la modulación de la tasa de crecimiento. La garantía de mínimos opera en los tres subsistemas de financiación, y supone que ninguna CA podrá obtener menos recursos. La financiación total para cada CA se recoge en el cuadro 4. En éste sistema, las CCAA que reciben recursos adicionales son Andalucía, Extremadura y Galicia. Por el contrario, en la financiación de la sanidad sólo Andalucía recibe recursos adicionales. En cuanto al sistema de financiación de los servicios sociales la mayor parte de las CCAA reciben recursos adicionales.

Respecto a la modulación de la tasa de crecimiento (cuadro 5), que sólo opera en el subsistema de financiación de competencias comunes, se concreta en: a) La tasa de crecimiento que resulte para una CA no podrá superar en más de un 75% de la tasa media de crecimiento del conjunto de las CCAA; b) La tasa de crecimiento que resulte para las CCAA de renta media por habitante más baja no podrá ser inferior, según los casos al 120 %, 30 % ó 22% de la media.

**Cuadro 4. Garantía de mínimos y financiación total, 1999 (millones de euros)**

	Competencias comunes			Sanidad			Servicios Sociales		
	Necesidad	Garantía mínimos	Financiación Total	Necesidad	Garantía mínimos	Financiación Total	Necesidad	Garantía mínimos	Financiación Total
<b>Andalucía</b>	5.477,1	192,0	5.669,1	4.236,9	181,2	4.418,1	122,8		122,8
<b>Aragón</b>	1.020,6		1.020,6	766,6		766,6	30,0	7,9	37,9
<b>Asturias</b>	871,5		871,5	709,6		709,6	27,0		27,0
<b>Baleares</b>	669,0		669,0	513,6		513,6	14,6	1,5	16,1
<b>Canarias</b>	1.371,2		1.371,2	1.027,3		1.027,3	23,0		23,0
<b>Cantabria</b>	428,9		428,9	333,3		333,2	11,7		11,7
<b>Castilla-León</b>	2.055,0	211,5	2.266,5	1.606,1		1.606,1	64,4	11,9	76,3
<b>Castilla-La Mancha</b>	1.462,2		1.462,2	1.093,1		1.093,2	40,3	7,0	47,3
<b>Cataluña</b>	4.497,6		4.497,6	3.863,0		3.863,0	126,4		126,4
<b>Extremadura</b>	936,6	38,3	974,9	661,9		661,9	23,4	7,1	30,5
<b>Galicia</b>	2.218,3	175,1	2.393,4	1.734,4		1.734,4	64,2	1,6	65,8
<b>Madrid</b>	3.678,2		3.678,2	2.989,5		2.989,5	89,1	1,3	90,4
<b>Murcia</b>	874,9		874,9	655,5		655,5	19,2	1,6	20,8
<b>Rioja</b>	241,1		241,1	166,6		166,6	6,1	6,3	12,4
<b>Valencia</b>	2.964,1		2.964,1	2.475,1		2.475,1	78,7		78,7
<b>Totales</b>	28.763,5	616,9	29.380,4	22.834,8	181,2	23.013,6	740,9	46,3	787,2

Fuente: Presupuestos y Liquidación de presupuestos de las Comunidades y Ciudades Autónomas (varios ejercicios).  
Dirección General de Fondos Comunitarios. Elaboración Propia

**Cuadro 5. Modulación de la tasa de crecimiento**

Limites de financiación		Porcentaje respecto a tasa media de crecimiento
<b>Máximo</b>		75% <sup>a</sup>
<b>Mínimo</b>	renta per capita (respecto a la media)	
	<70% <sup>b</sup>	130%
	70-75% <sup>c</sup>	30%
	75-82% <sup>d</sup>	22%

<sup>a</sup> Excepciones: a) No puede suponer un recorte superior al 22,8% de su restricción inicial (caso de Baleares); b) Si cuenta con más del 10% de las poblaciones la cantidad a detraer será del 49% (caso de Asturias, Castilla-León y Galicia, aunque sólo afecta, de forma efectiva, a la primera).

<sup>b</sup> Extremadura (65,3%).

<sup>c</sup> Andalucía (74,2%).

<sup>d</sup> Galicia (81,7%)

Fuente: Elaboración propia

El resultado de la aplicación de dichas normas y la cuantificación definitiva de las necesidades de financiación en el sistema LOFCA se recoge en el Cuadro 6, del que se deduce una tasa media de crecimiento del 5,1%. El límite mínimo de financiación afecta a tres CCAA (Extremadura, Andalucía y Galicia) que ven incrementada su financiación. El límite máximo en principio afecta a todas las CCAA, sin embargo, finalmente sólo afecta a Asturias, Murcia, Valencia, Baleares, Madrid. Estas ven disminuido su volumen de financiación debido a la modulación máxima al crecimiento. Sin embargo, Baleares se beneficia de la primera restricción y el recorte es menor del inicialmente previsto (en lo que excede de un 22.791%); mientras que Asturias se beneficia de la segunda restricción, por disponer de más del 10% de los núcleos de población del conjunto de CCAA de régimen común y sólo se limitará un 49% de la cantidad que exceda del 75%.

**Cuadro 6. Modulación del crecimiento**

	<b>Financiación Previa</b>	<b>Per cápita %</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Financiación Final</b>
<b>Andalucía</b>	5.669,1	74,2	5.674,9	5.802,2	5.674,9
<b>Aragón</b>	1.020,6	111,4		1.041,0	1.020,6
<b>Asturias</b>	871,5	90,0		808,7	840,4
<b>Baleares</b>	669,0	111,9		521,3	559,3
<b>Canarias</b>	1.371,2	92,5		1.388,9	1.371,2
<b>Cantabria</b>	428,9	95,6		438,8	428,9
<b>Castilla-León</b>	2.266,5	96,2		2.347,9	2.266,5
<b>Castilla-La Mancha</b>	1.462,2	85,2		1.473,1	1.462,2
<b>Cataluña</b>	4.497,6	124,4		4.605,3	4.497,6
<b>Extremadura</b>	974,9	65,3	1.018,5	996,6	1.018,5
<b>Galicia</b>	2.393,4	81,7	2.400,2	2.463,9	2.400,2
<b>Madrid</b>	3.678,2	137,3		3.228,8	3.228,8
<b>Murcia</b>	874,9	85,2		829,5	829,5
<b>Rioja</b>	241,1	115,6		245,7	241,1
<b>Valencia</b>	2.964,1	95,9		2.836,7	2.836,7
<b>Totales</b>	29.380,4	100,0		29.028,4	28.676,4

*Fuente. Elaboración propia*

### **C) Como reintegrarla**

En este epígrafe se planteará la forma de transferir a cada CA la financiación necesaria que se desprende de la aplicación de las normas del modelo. Para ello el modelo de financiación, siguiendo criterios de ampliación de espacio fiscal, propone la

cesión de nuevos tributos, que se sumarán a los que actualmente ya están cedidos. El modelo propuesto vendría constituido por un “pago en especie”, en lugar de hacerse en transferencias monetarias directas, profundizando en un modelo de corresponsabilidad fiscal que transfiriere impuestos con distinta capacidad recaudatoria. El modelo final, para cada CA, será:

$$F_i = T_i + TC_i + TIR_i + TIVA_i + IE_i + IVMDH_i + FS_i$$

Donde

- $F_i$  = Financiación final que se deriva de las necesidades de financiación del modelo.
- $T_i$  = Tasas afectas a los servicios cedidos (computadas con criterio normativo).
- $TC_i$  = Tributos actualmente cedidos -Impuesto sobre el patrimonio; Impuestos sobre sucesiones y donaciones; impuestos sobre el juego; impuestos sobre transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados- computados con criterio normativo).
- $TIR_i$  = Tramo del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Se cederá hasta el 33% de la cuota líquida (incluyendo deducción de la cuota y actas de inspección) territorializada del IRPF. Deberá procederse a la revisión normativa del impuesto (en la que no se descarta la utilización de declaraciones separadas). Las entregas a cuenta se realizarán en función de un índice de incremento previsto y de la evaluación de las modificaciones normativas de cada CA.
- $TIVA_i$  = Tramo del Impuesto sobre el Valor Añadido. Se cederá sólo en el caso que se dispongan de competencias sanitarias. Se cede el 35% de la recaudación líquida y se distribuye entre las CCAA en función de índices de consumo certificados por el INE. Cada año se anticipará el 98% de la estimación provisional por dozavas partes.
- $IE_i$  = Impuestos especiales. Se cederán sólo en el caso que se dispongan de competencias sanitarias: a) Impuesto sobre la cerveza (40%); b) Impuestos sobre productos intermedios y sobre alcoholes y bebidas derivadas (40%); c) Impuesto sobre hidrocarburos (40%); d) Impuesto sobre labores del tabaco (40%); d) Impuesto sobre electricidad (100%); e) Impuesto especial sobre determinados medios de transporte (100%); y f) Impuesto sobre el vino y las bebidas fermentadas (no se establece fórmula de cesión, ya que actualmente tiene un tipo impositivo del 0%).
- $IVMDH_i$  = Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos. Es un nuevo tributo introducido por el modelo y cuyo hecho imponible es el consumo minorista de determinados hidrocarburos (gasolinas, gasóleo, fuelóleo y queroseno). Se cede el 100% de la recaudación estatal.
- $FS_i$  = Fondo de suficiencia. Es el mecanismo de cierre del sistema, que cubre la diferencia entre las necesidades de financiación de cada CA (que se deriva de los índices y ponderaciones) y su capacidad fiscal (que se deriva de su capacidad de recaudación propia). Su signo podrá ser positivo (en el caso de defecto de capacidad fiscal) o

negativo (en el caso de exceso de capacidad fiscal). La cuantía del fondo de suficiencia se revisará en caso de cesión de nuevos tributos o traspaso de nuevas competencias.

La definición del Fondo de Suficiencia (FS) tiene gran relevancia. Este fondo sustituye a la antigua Participación en los Ingresos del Estado (PIE) como elemento de cierre del sistema. Esta última siempre ha tenido un signo positivo, es decir que, generalmente, no se procedía a la cesión de tributos si esta causaba un exceso de recaudación sobre la necesidad financiera. En el nuevo modelo no se plantea ninguna restricción a la cesión de tributos sino que esta será igual para todas las CCAA independientemente de su capacidad fiscal. Esto provoca que algunas CCAA obtengan un exceso de recaudación por encima de sus necesidades de financiación por lo que deben proceder a su devolución.

El cuadro 7 presenta la dotación del FS en los Presupuestos Generales para 2004, tanto en cifras absolutas como per cápita. Del mismo se percibe como todas las CCAA son receptoras netas de fondos a excepción de Madrid y Baleares que deberán reintegrar parte de la recaudación fiscal. El volumen del FS se configura como una medida de la capacidad fiscal de una región en relación a la definición de necesidad que se desprende del modelo. Canarias y Extremadura son las CCAA que más defecto fiscal tienen, duplicando la transferencia per cápita media del resto de CCAA.

**Cuadro 7. Fondo de Suficiencia para 2004 (miles de euros)**

	<b>Fondo de suficiencia</b>	<b>Per cápita</b>
<b>Canarias</b>	2.459,7	1,5
<b>Extremadura</b>	1.478,4	1,4
<b>Rioja</b>	290,1	1,1
<b>Galicia</b>	2.792,5	1,0
<b>Castilla-La Mancha</b>	1.816,9	1,0
<b>Cantabria</b>	531,0	1,0
<b>Castilla-León</b>	2.352,8	1,0
<b>Andalucía</b>	6.840,1	0,9
<b>Asturias</b>	830,2	0,8
<b>Murcia</b>	852,0	0,7
<b>Aragón</b>	846,8	0,7
<b>Valencia</b>	2.014,6	0,5
<b>Cataluña</b>	2.080,7	0,3
<b>Madrid</b>	-137,0	-0,0
<b>Baleares</b>	-182,9	-0,2
<b>Total</b>	24.866,0	0,7

*Fuente: PGE 2004 y Censo 2001. Elaboración Propia*

#### D) Reglas de evolución dinámica

Como novedad respecto al anterior sistema de financiación cabe destacar que se cambia de la referencia de evolución a un índice ITE (Ingresos Tributarios del Estado) que sólo incluye aquellos tributos mencionados expresamente, excluyéndose a otros con gran relevancia fiscal y potencial de crecimiento en los últimos años como las cotizaciones sociales o el Impuesto sobre sociedades. También se ha modificado el índice PIB que sirve como base, pasando del PIB a coste de los factores al PIB a precios de mercado (que incluye el efecto de los impuestos a la producción e importación y subvenciones a la explotación) y que hasta ahora, venía siendo unas décimas superior.

El sistema de financiación establece los siguientes parámetros dinámicos de evolución de las distintas variables: a) ITE nacional que está constituido por la recaudación estatal (excluida la susceptible de cesión) por IRPF, IVA y los Impuestos especiales de fabricación sobre la cerveza, vino y bebidas fermentadas, sobre productos intermedios, sobre alcoholes y bebidas derivadas, sobre hidrocarburos y sobre labores del tabaco; b) ITE regional que está constituido por la recaudación en el territorio de la CA, con criterio normativo, por IRPF, IVA y los Impuestos especiales de fabricación sobre la cerveza, vino y bebidas fermentadas, sobre productos intermedios, sobre alcoholes y bebidas derivadas, sobre hidrocarburos y sobre labores del tabaco; y c) PIB nominal a precios de mercado.

Los índices dinámicos afectarán en un doble sentido. En primer lugar, el fondo de suficiencia, cuando sea positivo (lo que se reflejará como créditos presupuestarios a favor de las correspondientes CCAA) evolucionará en función del ITE nacional, mientras que cuando sea negativo (lo que se reflejará como derechos presupuestarios a favor del Estado) evolucionará en función del ITE regional, salvo en el caso de que el ITEr sea superior al ITEn, en cuyo caso evolucionará según este último. En segundo lugar, las cantidades destinadas por cada CA a la gestión de los servicios sanitarios y sociales deberán incrementarse anualmente, como mínimo, según el ITE nacional<sup>16</sup>.

Se garantiza que, durante los tres primeros años desde la puesta en vigor del modelo (2002-2004) los recursos destinados a la financiación del sistema sanitario

---

<sup>16</sup> A tal fin quedan condicionados todos los recursos financieros que el sistema otorgue a la CA (Art. 7.3 Ley 21/2001 de 27 de diciembre).



crecerán, como mínimo, en función del PIB nominal<sup>17</sup>. Conviene resaltar que la restricción de crecimiento mínimo impuesta a las CCAA con competencias en materia sanitaria operará indefinidamente, en tanto que la garantía de crecimiento mínimo sólo operará los tres primeros años.

Respecto al resto de elementos financieros del sistema (fundamentalmente los tributos cedidos nuevos y antiguos) no se establece ninguna regla de incremento, por lo que evolucionarán en función de la recaudación líquida (real, en el caso del Tramo del IRPF, o indiciada, en el caso del resto de tributos cedidos).

### **2.3. *Otras cuestiones adicionales***

#### **A) Fondos fuera del sistema**

El modelo hace alusión expresa y desarrolla las asignaciones de nivelación del apartado 3 del artículo 15 de la LOFCA, definiendo cuando queda afectado el nivel de prestación del servicio público. Quedará afectada la prestación del servicio público de sanidad por parte de una CA cuando el incremento anual porcentual de su población protegida (ponderada en función de la edad) supere en 3 puntos a la media nacional. Por su parte, la prestación del servicio público en educación quedará afectada cuando el incremento anual porcentual de la población escolar en enseñanza obligatoria de la CA supere en 3 puntos a la media nacional. Bastará con que la desviación supere el 1% para aquellas CCAA cuya extensión superficial supere los 90.000 Km<sup>2</sup> (sólo es el caso de Castilla-León con 94.000 Km<sup>2</sup>.)

Respecto al Fondo de Compensación Interterritorial (FCI) se introducen dos modificaciones significativas: a) se procederá a las modificaciones normativas necesarias para incluir a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla como receptoras de dichos fondos; y b) hasta un 25% del presupuesto asignado podrá dedicarse a gasto corrientes del capítulo II siempre que estén asociadas a las inversiones del capítulo VI. La primera modificación supone la ruptura con el principio de vincular a las CCAA beneficiarias de los FCI con las beneficiarias de los Fondos Estructurales Europeos FEDER, de las que las dos ciudades norteafricanas están excluidas; mientras que la segunda libera a las CCAA de la obligación de soportar los gastos corrientes derivados

---

<sup>17</sup> Esta garantía está recogida en la Disposición Transitoria 2ª de la Ley 21/2001, pero, sin mayor desarrollo legislativo, es de poca aplicación práctica por cuanto los recursos asignados a la financiación sanitaria incluyen a todos los del sistema, y como mínimo los destinados en 1999 convenientemente actualizados por el ITEn.

de la puesta en funcionamiento de las inversiones que son financiadas por los FCI, aunque sólo durante los dos primeros años de la puesta en marcha de la inversión.

**B) Facultades normativas de los tributos cedidos**

El cuadro 9 resume las facultades normativas que acompañan a los tributos cedidos.

**Cuadro 9. Facultades normativas de los tributos cedidos**

<b>Impuesto</b>	<b>Facultades cedidas</b>
IRPF	Tarifa (limitaciones: progresiva y con igual nº de tramos que la estatal); deducciones; posible declaración independiente para cada CA.
Patrimonio	mínimo exento; tarifa; deducciones y bonificaciones.
Sucesiones y Donaciones	Reducciones B <sub>i</sub> ; tarifa; deducciones y bonificaciones; gestión completa (salvo imponer autoliquidación).
Transmisiones Patrimoniales	Tipo de gravamen; deducciones y bonificaciones; gestión .
AJD (documentos notariales)	Tipo de gravamen; deducciones y bonificaciones; gestión .
Juego	Todas las facultades.
IVA	Sin competencias (por imperativo UE).
Impuestos especiales: cerveza; alcohol; intermedios; tacaco; hidrocarburos	Sin competencias (por imperativo UE).
Impuestos especiales: electricidad; matriculación	Tipo de gravamen (limitación banda ± 10%); gestión (se estudiará).
Impuestos ventas minoristas hidrocarburos	Tramo autonómico (que puede incrementar al estatal), y gestión e inspección (a partir de enero de 2003)

*Fuente: Modelo de financiación 2002*

**C) Colaboración y coordinación tributaria**

Las labores de coordinación tributaria se llevarán a efecto en tres frentes diferentes: a) Participación de las CCAA en la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT): se amplía respecto a la situación actual mediante la creación del Consejo Superior de Dirección de la AEAT (órgano de participación e información de las CCAA en la Dirección de la AEAT); b) Participación de las CCAA en los Tribunales Económico-Administrativos, que se articulará mediante la incorporación de funcionarios de la CA como vocales o ponentes en los Tribunales; y c) Anualmente, y a efectos de garantizar la lealtad institucional, el CPFF emitirá un informe sobre la

repercusión económica en los ingresos de las CCAA, de las actuaciones que emprenda el Estado Central.

### **3. EL COSTE DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION**

En este apartado se recoge una evaluación del coste, en términos de coste de transferencia, del nuevo sistema de financiación, que se define como el incremento de la financiación final definitiva sobre la restricción inicial. Para ello analizaremos por separado la financiación de cada uno de los subsistemas de financiación.

El análisis de los costes del subsistema sanitario adquiere una especial significación por cuanto, debido a la reanudación del proceso de transferencias de competencias, la financiación final que obtienen las CCAA no depende de la que se deduce del modelo, sino de los acuerdos de las respectivas comisiones mixtas que, en la mayoría de los casos han negociado un incremento significativo. Dichas negociaciones, que han sido individuales con cada una de las CCAA que aún no disponían de las competencias sanitarias, han provocado una amplia heterogeneidad en la financiación de cada CA.

#### **3.1. Los costes del subsistema LOFCA**

El coste de transacción o de negociación del nuevo modelo puede evaluarse como la diferencia entre la financiación homogénea recibida por cada CCAA en el año base y la que finalmente se deriva del nuevo modelo de financiación. El cuadro 11 muestra dichos resultados. En la primera columna se ha consignado la restricción inicial incondicionada de cada CA, mientras que la segunda se deriva del sistema de financiación. Las diferencias son positivas para todas las CCAA, ganando recursos respecto al modelo anterior. El incremento de financiación, en euros del año base, es de 709,5 millones de euros, que es aproximadamente un 2,5% del total de recursos.

Las CCAA más beneficiadas del proceso de negociación en términos absolutos son Madrid, Valencia y Andalucía, mientras que La Rioja, Castilla-León y Cantabria son las menos beneficiadas. No obstante, una vez que se realiza la ponderación en función de la población de derecho<sup>18</sup>, de forma que las diferencias se modulan en

---

<sup>18</sup> Según la población que recoge el modelo de financiación

función del tamaño de cada CA, aparece un nuevo escenario en donde algunas CCAA salen claramente favorecidas (Baleares, Asturias y Extremadura debido a las modulaciones al crecimiento).

**Cuadro 11. Costes de transacción por financiación incondicionada (en millones de euros)**

	<b>Restricción Inicial</b>	<b>Financiación modelo 2002</b>	<b>Diferencias</b>	<b>Población</b>	<b>Diferencias per cápita (euros)</b>
<b>Andalucía</b>	5.590,1	5.674,9	84,9	7.305.117	11,6
<b>Aragón</b>	1.003,0	1.021,0	18,1	1.186.849	15,2
<b>Asturias</b>	779,1	840,4	61,2	1.084.314	56,5
<b>Baleares</b>	502,2	559,3	57,1	821.820	69,5
<b>Canarias</b>	1.338,1	1.371,7	33,6	1.672.689	20,1
<b>Cantabria</b>	422,7	428,9	6,2	528.478	11,7
<b>Castilla y León</b>	2.262,0	2.266,5	4,5	2.488.062	1,8
<b>Castilla-La Mancha</b>	1.419,2	1.462,4	43,2	1.726.199	25,0
<b>Cataluña</b>	4.436,9	4.497,7	60,8	6.207.533	9,8
<b>Extremadura</b>	960,2	1.018,5	58,3	1.073.574	54,3
<b>Galicia</b>	2.373,8	2.400,2	26,4	2.730.337	9,7
<b>Madrid</b>	3.110,7	3.228,8	118,1	5.145.325	23,0
<b>Murcia</b>	799,2	829,5	30,3	1.131.128	26,8
<b>Rioja</b>	236,7	239,9	3,2	265.178	11,9
<b>Valencia</b>	2.732,9	2.836,7	103,7	4.066.474	25,5
<b>Totales</b>	27.966,8	28.676,3	709,5	37.433.077	19,0

Fuente: Cuadro 1 y cuadro 6

### **3.2. Los costes del subsistema sanitario**

En la financiación autonómica de la sanidad se pueden identificar tres fuentes de costes: a) *costes de transacción*: la aplicación del principio de “nadie pierde” supone que aquellos que mejoran su financiación respecto al modelo anterior incrementan sus recursos mientras que aquellos que se ven perjudicados por la nueva definición de necesidad obtienen, cuando menos, los mismos recursos que los que disponían con anterioridad; b) *costes de las transferencias*: producida por la negociación de las transferencias de las competencias del antiguo INSALUD; y c) *costes de homologación*: las distintas cuantías determinadas como coste del servicio en los respectivos decretos de traspaso de competencias ha determinado una muy distinta configuración de la financiación per cápita por CCAA, provocando que sea posible, a medio plazo, un escenario inestable en el que las CCAA peor financiadas reclamen la homologación de su financiación respecto a las mejores financiadas.

### A) Los costes de transacción

Los costes de transacción del modelo vienen constituidos por el incremento de recursos debidos a la negociación del nuevo modelo de financiación. Dado que el modelo se negoció y se aprobó antes del traspaso de competencias, sólo negociaron el modelo aquellas CCAA con competencias anteriores al 2002. Si se comparan las cifras iniciales de financiación con las resultantes del modelo, este supuso un incremento de recursos de 185,2 millones de euros<sup>19</sup> (cuadro 12). Este aumento supone poco más del 0,8% del total de recursos. Las CCAA más beneficiadas han sido Galicia y Canarias y las más perjudicadas las de Cataluña y Andalucía. El caso de Andalucía es el especial por cuanto es la única CA que no gana recursos respecto a la situación anterior.

**Cuadro 12. Costes de transacción de la financiación sanitaria (en millones de euros)**

	<b>Restricción inicial</b>	<b>Modelo 2002</b>	<b>Diferencias</b>	<b>Población protegida</b>	<b>Financiación per capita (miles de euros)</b>
<b>Andalucía</b>	4.418,1	4.418,1	-	6.863.259	0,64
<b>Canarias</b>	979,2	1.027,0	47,8	1.588.391	0,65
<b>Cataluña</b>	3.859,9	3.863,5	3,6	6.033.883	0,64
<b>Galicia</b>	1.676,0	1.734,2	58,2	2.591.446	0,67
<b>Valencia</b>	2.450,6	2.475,0	24,4	3.900.139	0,63
<b>INSALUD Gestión Directa</b>	9.446,5	9.497,7	51,2	14.546.040	0,65
<b>Totales</b>	22.830,3	23.015,5	185,2	35.523.158	0,65

Fuente: *Elaboración Propia.*

### B) Los costes de transferencias

El año 2002 ha supuesto el reinicio del proceso de transferencias sanitarias, con la generalización de las mismas a todas las CCAA<sup>20</sup>. Las respectivas Comisiones Mixtas han determinado un coste del servicio que, en todos los casos, era superior al que se derivaba de la aplicación del nuevo modelo de financiación. El Cuadro 13 muestra los resultados de los acuerdos de traspaso de competencias de cada CA. Este se ha

<sup>19</sup> Cifra que coincide básicamente con el incremento de recursos que recibe la CA de Andalucía (180,7 millones de euros).

<sup>20</sup> Los decretos de transferencias han sido publicados en el BOE de 28-12-01 (Cantabria, La Rioja, Aragón, Castilla-La Mancha, Baleares, Madrid y Castilla-León), en el de 29-12-01 (Murcia y Extremadura) y en el de 31-12-01 (Asturias).

desglosado entre costes generales del servicios y participación en el fondo de lucha contra la Incapacidad Temporal (IT).

**Cuadro 13. Acuerdos del Traspaso de Competencias (en millones de euros)**

	<b>Fondo General</b>	<b>Fondo IT</b>	<b>Total</b>	<b>Población protegida</b>	<b>Per capita (miles de euros)</b>
<b>Aragón</b>	809,8	7,1	816,9	1.122.385	0,73
<b>Asturias</b>	744,0	6,6	750,6	1.048.637	0,72
<b>Baleares</b>	516,8	4,9	521,8	785.338	0,66
<b>Cantabria</b>	399,7	3,2	402,9	506.490	0,80
<b>Castilla-León</b>	1.609,4	14,6	1.624,0	2.325.743	0,70
<b>Castilla-La Mancha</b>	1.094,1	10,3	1.104,4	1.636.551	0,67
<b>Extremadura</b>	692,0	6,3	698,3	1.004.955	0,69
<b>Madrid</b>	2.989,4	30,2	3.019,6	4.804.756	0,63
<b>Murcia</b>	674,1	6,7	680,7	1.059.008	0,64
<b>Rioja</b>	202,8	1,6	204,4	252.177	0,81
<b>Totales</b>	9.732,1	91,5	9.823,6	14.546.040	0,68

*Fuente: Acuerdos de traspaso*

Del referido cuadro, cabe apreciar como los acuerdos son muy dispares en relación con la población protegida de cada CA. Así, algunas (Aragón, Asturias, Cantabria y La Rioja) presentan unos niveles en financiación per cápita muy superior a la media, mientras que otras (Murcia, Madrid y Baleares) son las que han negociado una menor financiación per cápita. Por otro lado, si se comparan las cifras negociadas con las que se deducen del modelo se observan algunas diferencias destacables (Cuadro 14). Así Cantabria, Aragón, y Extremadura han sido las que más recursos han obtenido respecto a las asignaciones que les correspondían en el nuevo modelo de financiación. Bajo esta perspectiva, el coste inmediato del proceso de negociación asciende a 325,9 millones de euros.

### *C) Los costes de homologación*

Los procesos de negociación del acuerdo de financiación, unido a los acuerdos de traspaso de competencias, ha provocado que no existan criterios de financiación homogéneos. Este hecho introduce inestabilidad en el sistema de financiación debido a que, una vez consolidado el proceso de transferencias sanitarias, puede ocasionar un escenario en el que se produzca una sistemática reclamación de mayor financiación por parte de aquellas CCAA peor financiadas, por lo menos hasta su equiparación con las que mejores resultados hayan obtenido en las negociaciones de las comisiones mixtas.

**Cuadro 14. Costes del proceso de transferencias de competencias sanitarias (en millones de euros)**

	<b>Financiación del modelo</b>	<b>Financiación definitiva</b>	<b>Diferencias</b>
<b>Andalucía</b>	4.418,1	4.418,1	-
<b>Aragón</b>	767,1	816,9	49,7
<b>Asturias</b>	708,9	750,6	41,7
<b>Baleares</b>	514,4	521,8	7,4
<b>Canarias</b>	1.027,0	1.027,0	-
<b>Cantabria</b>	333,2	402,9	69,7
<b>Castilla-León</b>	1.606,4	1.624,0	17,6
<b>Castilla-La Mancha</b>	1.093,2	1.104,4	11,2
<b>Cataluña</b>	3.863,5	3.863,5	-
<b>Extremadura</b>	661,2	698,3	37,2
<b>Galicia</b>	1.734,2	1.734,2	-
<b>Madrid</b>	2.990,6	3.019,6	29,0
<b>Murcia</b>	655,4	680,7	25,3
<b>Rioja</b>	167,4	204,4	37,0
<b>Valencia</b>	2.475,0	2.475,0	-
<b>Totales</b>	23.015,5	23.341,4	325,9

*Fuente: Elaboración propia*

La ilustración 1 muestra las oscilaciones en términos de financiación por habitante (por población protegida) para 1999, que pueden llegar a un 29,0 % entre el valor más elevado (La Rioja con 810,6 euros por habitante) y el más bajo (caso de Madrid con 628,5 euros por habitante).

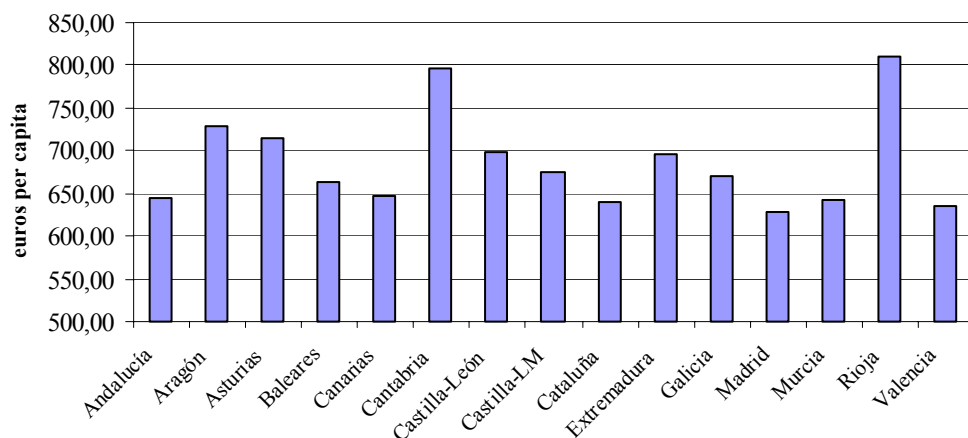
El cuadro 15 recoge el coste del escenario de equiparar la financiación de todas las CCAA con la de aquella considerada como objetivo (Aragón) por disponer de una mayor financiación per cápita.<sup>21</sup>

El coste definitivo del proceso de transferencias será, en este caso, la diferencia entre la financiación inicial prevista y la que equipara a todas las CCAA con la de la CA objetivo. Dicho coste asciende a la cantidad de 2.511,7 millones de euros anuales.

---

<sup>21</sup> Se ha establecido el criterio de elegir la CA pluriprovincial con población protegida superior al millón de habitantes que disponga de la mayor financiación per cápita. Dicha elección se basa en que las CCAA con menor población (La Rioja o Cantabria) pueden tener importantes costes fijos.

**Ilustración 1. Financiación autonómica de la sanidad per cápita, 1999**



Fuentes: Cuadros 12 y 13. Elaboración propia

**Cuadro 15. Coste del proceso de transferencias sanitarias. Ajuste a máximos (en millones de euros)**

	Financiación definitiva	Población	Per cápita (miles de euros)	Financiación homogénea	Diferencia
Andalucía	4.418,1	6.863.259	0,64	4.995,0	576,9
Aragón	816,9	1.122.385	0,73	816,9	-
Asturias	750,6	1.048.637	0,72	763,2	12,6
Baleares	521,8	785.338	0,66	571,6	49,8
Canarias	1.027,0	1.588.391	0,65	1.156,0	129,0
Cantabria	402,9	506.490	0,80	368,6	- 34,3
Castilla-León	1.624,0	2.325.743	0,70	1.692,6	68,6
Castilla-La Mancha	1.104,4	1.636.551	0,67	1.191,1	86,7
Cataluña	3.863,5	6.033.883	0,64	4.391,4	527,8
Extremadura	698,3	1.004.955	0,69	731,4	33,0
Galicia	1.734,2	2.591.446	0,67	1.886,0	151,8
Madrid	3.019,6	4.804.756	0,63	3.496,8	477,2
Murcia	680,7	1.059.008	0,64	770,7	90,0
Rioja	204,4	252.177	0,81	183,5	- 20,9
Valencia	2.475,0	3.900.139	0,63	2.838,5	363,5
<b>TOTAL</b>	<b>23.341,4</b>	<b>35.523.158</b>	<b>0,66</b>	<b>25.853,1</b>	<b>2.511,7</b>

Fuente: Elaboración propia



#### 4. CONCLUSIONES

Como se deduce de la estimación realizada, la financiación de las CCAA es muy desigual. Los recursos que el sistema de financiación otorga a cada CA para la gestión de sus competencias, una vez que se han transferido todas las competencias en 2002 (incluidas educación y sanidad) y en cantidades referidas a 1999, oscila entre los 1.230 euros de Madrid por habitante y los 1.720 euros de La Rioja, cuando la media nacional es de 1.410 euros por habitante.

**Cuadro 16. Financiación *per capita* del nuevo modelo de financiación (millones de euros)**

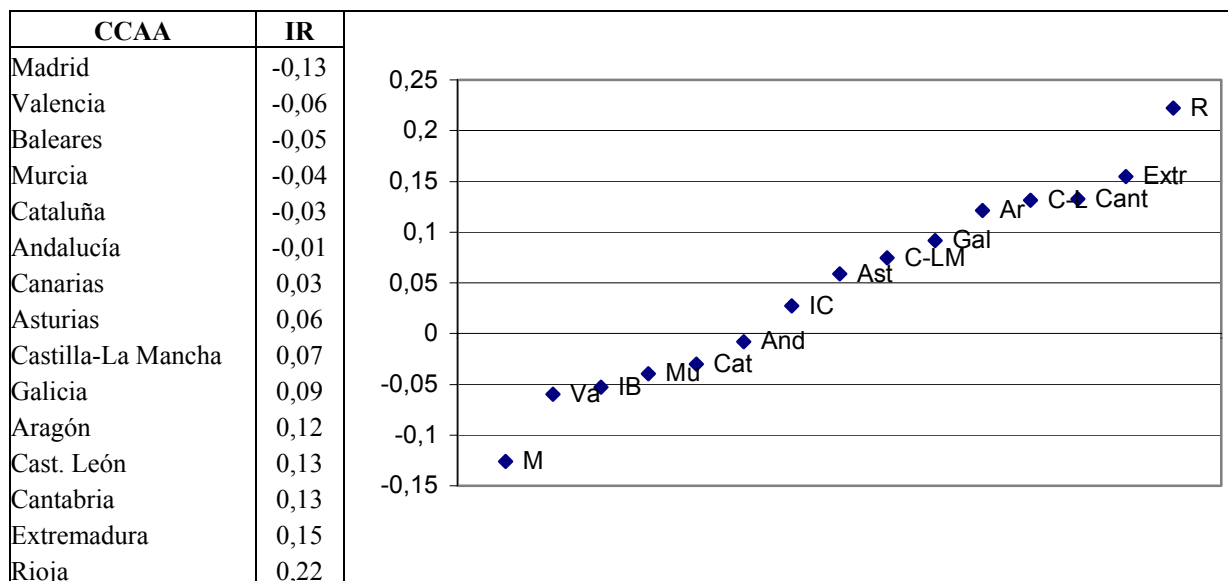
	LOFCA	Sanidad	IMSERSO	Total	per cápita (en euros)
<b>Andalucía</b>	5.674,9	4.418,1	122,8	10.215,8	1.400
<b>Aragón</b>	1.021,0	816,9	37,9	1.875,8	1.580
<b>Asturias</b>	840,4	750,6	27,0	1.618,0	1.490
<b>Baleares</b>	559,3	521,8	16,1	1.097,2	1.340
<b>Canarias</b>	1.371,7	1.027,0	23,0	2.421,7	1.450
<b>Cantabria</b>	428,9	402,9	11,7	843,5	1.600
<b>Castilla y León</b>	2.266,5	1.624,0	76,3	3.966,9	1.590
<b>Castilla-La Mancha</b>	1.462,4	1.104,4	47,3	2.614,1	1.510
<b>Cataluña</b>	4.497,7	3.863,5	126,4	8.487,6	1.370
<b>Extremadura</b>	1.018,5	698,3	30,5	1.747,3	1.630
<b>Galicia</b>	2.400,2	1.734,2	65,8	4.200,2	1.540
<b>Madrid</b>	3.228,8	3.019,6	90,4	6.338,8	1.230
<b>Murcia</b>	829,5	680,7	20,8	1.531,0	1.350
<b>Rioja</b>	239,9	204,4	12,4	456,7	1.720
<b>Valencia</b>	2.836,7	2.475,0	78,7	5.390,4	1.330
<b>Totales</b>	28.676,3	23.341,4	740,9	52.758,6	1.410

Fuente. Elaboración propia.

Si se construye un índice relativo<sup>22</sup>, la financiación superior corresponde a las CCAA de La Rioja y Extremadura, que superan en un 22,1% y en un 15,4% la media de financiación per cápita. Los peores índices de financiación corresponden a Madrid y Valencia con unos porcentajes de un 12,5% y un 5,9% de financiación bajo la media.

<sup>22</sup> En función de la siguiente razón  $I_r = \left( \frac{F_i}{P_i} \Big/ \frac{F_T}{P_T} \right) - 1$ , donde P= población de derecho; F= financiación; subíndice T= Todas las CCAA; Subíndice i= CA.

Ilustración 2. Índice relativo de financiación per cápita



Fuente: Elaboración propia

Esta diversidad, que no parece descansar en circunstancias objetivas de mayor necesidad, sino en una pretensión política de alcanzar acuerdos, hace prevé un escenario futuro de reivindicaciones de homologación de la financiación, que genera incertidumbre e inestabilidad, y cuyo coste puede llegar a superar 2.500 millones de euros anuales.

Por su parte, la total ausencia de criterios de convergencia y la escasa definición de los fondos de solidaridad interterritorial, unido a los amplios márgenes entre los que puede evolucionar la financiación de las CCAA, puede acabar a medio y largo plazo reflejándose en desequilibrios en la prestación de servicios públicos esenciales (como educación y sanidad) y en la necesidad de una continua renegociación del modelo.

Granada, febrero de 2004

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso; Hercé, J.A., (1998) op cit. en López i Casanovas, G., (1999), *La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: el caso de la sanidad y de la educación*. Ministerio de Sanidad y Consumo, pág. 16. Madrid.
- Benach, J; Yasui, Y., (1999), “Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation”, *Journal of epidemiology and community health*. vol 53-7, págs. 423 y ss. Londres.
- Borrell, C; Pasarin, M.I., (1999), “The study of social inequalities en health in Spain: Where are we?”, *Journal of epidemiology and community health*. vol 53-7, págs. 388 y ss. Londres.
- Borrell, C; Regidor, E; Arias, LC; Navaro, Pedro; Puigpinós, R; Domínguez, V; Plasencia, A., (1999) “Inequalities in mortality according to educational level in two large southern European cities”. *International journal of epidemiology*. nº 1999-28. págs. 58-63. Londres.
- Casado Marín, D; (2001), “Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades”. *Gaceta sanitaria*. nº 2, vol 15, págs.154-165.
- Consejo de Política fiscal y financiera, (2001), *Sistema de financiación de las CCAA de régimen común*. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.
- Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales (2000) *Presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas. Ejercicio 1999*. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.
- Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales (2000) *Liquidación de presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas. Ejercicio 1997*. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.
- Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales (1999) *Liquidación de presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas. Ejercicio 1996*. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.
- Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial (2001) *Presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas. Ejercicio 2000*. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.
- Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial (2001) *Liquidación de presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas. Ejercicio 1998*. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.

- Dpto de Hacienda de la CA de Euskadi (2002), *Presupuestos generales de la CA de Euskadi para 2002*; Vitoria.
- INSALUD, (1999), *Memoria 1998*. INSALUD
- INSALUD, (2000), *Memoria 1999*. INSALUD
- INSALUD, (2001), *Memoria 2000*. INSALUD
- López i Casanovas, G., (1998), “Financiación autonómica y gasto sanitario público en España”, *Papeles de Economía Española*. nº 76, Madrid, págs. 2-14. Madrid.
- Martín Martín, J.J.; Montero Granados, R. (2001) “La financiación autonómica de la sanidad: dificultades del proceso de transferencias”, *Revista El médico*. núm. 770, págs 90-106.
- Ministerio de Economía y Hacienda, (2001), *El presupuesto para 2001*. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid
- Ministerio de Economía y Hacienda, (2002), *El presupuesto para 2002*. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.
- Molina, J.A; Herce, J.A., (2000), *Población y salud en España. Patrones por genero, edad y nivel de renta*. Documento de trabajo Fedea 2000-21. Madrid.
- Monasterio Escudero, C., Suárez Pandiello, J (1998), *Manual de Hacienda Autonómica y Local*. Ariel. Barcelona (2ª Ed).
- Rico Gómez, Ana, (1998), “La descentralización sanitaria en España: El camino recorrido y las tareas pendientes”, *Papeles de Economía Española*, nº 76., págs. 49-66. Madrid
- Sanfrutos Velázquez, Norberto, (1999), *La distribución de los recursos económicos entre los agentes del gasto sanitario de la seguridad social*, Mimeo. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
- Truyoll Wintrith, Isabel, (1999), “La financiación de las Comunidades Autónomas: presente y futuro”, *Revista de Administración Sanitaria*, Volumen III, nº 12, págs. 649-661.