

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FINANCIACION AUTONOMICA DE LA SANIDAD

J. Salvador GOMEZ SALA
Agustín MOLINA MORALES
José SANCHEZ MALDONADO

INTRODUCCION

En la administración de los recursos sanitarios de nuestro país se observa un desajuste significativo: la asistencia sanitaria en España se distribuye desigualmente, tanto en lo social como en lo territorial. Con referencia a este último aspecto, existen notables disparidades entre las regiones, como se pone de manifiesto en los indicadores más significativos de la asistencia sanitaria (profesionales sanitarios, camas de hospital, etcétera). Puede decirse que, en general, las regiones menos desarrolladas tienen peores indicadores que las más prósperas. La Constitución española reconoce el derecho a la salud a toda la población y a todo el territorio. La aplicación de este principio exige que los recursos sanitarios se distribuyan de forma que cualquier ciudadano acceda a ellos en igualdad de condiciones con los demás, independientemente de la región en que viva; y así se establece en el artículo 12 de la Ley General de Sanidad (LEGSA). Esta ley establece el nuevo modelo de planificación sanitaria, llamando la atención sobre la necesidad de introducir criterios de territorialidad en la administración de los recursos sanitarios. En esta situación, parece necesario revisar el procedimiento de asignación territorial del gasto sanitario en España, donde en la actualidad, pese a que determinadas comunidades autónomas tengan transferidos los servicios de asistencia sanitaria, se mantiene el presupuesto del INSALUD como única fuente de financiación del gasto sanitario. A contribuir a la búsqueda de criterios de asignación territorial de los recursos destinados a la salud se orienta el presente trabajo. Con tal fin, se estructura en dos grandes apartados:

a) Nos referiremos, en primer lugar, a la forma en que se realiza la distribución actual de los recursos entre las comunidades autónomas que tienen asumidas las competencias sanitarias, así como a efectuar un repaso de sus principales problemas.

b) En segundo lugar, pasaremos revista a una serie de criterios disponibles para llevar a cabo la asignación o distribución territorial de los recursos dedicados a la salud.

I. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FINANCIACION DE LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS

Como es bien conocido por todos, la financiación de las comunidades autónomas en España aparece articulada en tres subsistemas independientes, conformados cada uno de ellos por ingresos de diversa naturaleza, según su procedencia y la finalidad del gasto que están destinados a financiar (1). Estos tres subsistemas son:

- 1.º Subsistema de financiación básica.
- 2.º Subsistema de financiación mediante subvenciones estatales finalistas.
- 3.º Subsistema de financiación de los servicios transferidos de la seguridad social a las comunidades autónomas.

La magnitud cuantitativa que alcanza el subsistema de financiación de los servicios transferidos de la seguridad social (un tercio aproximadamente del total de los recursos financieros de las comunidades autónomas que tienen asumida tal competencia) implica que los problemas que se plantean con el actual sistema de reparto de los recursos no afecten exclusivamente al sistema sanitario, sino que se propaguen al conjunto del sistema de financiación autonómica. Una de las características básicas del subsistema de financiación que hemos referido en tercer lugar, correspondiente a los servicios de sanidad del INSALUD y a los servicios sociales del INSERSO, es la total desconexión con los otros dos subsistemas. Los argumentos que avalan un tratamiento financiero independiente de los servicios transferidos de la seguridad social pueden ser sintetizados en los términos que siguen:

- Independencia del sistema financiero de la seguridad social, donde rige el principio de caja única, respecto del resto de la hacienda pública estatal.
- Reserva constitucional de la competencia exclusiva del Estado sobre el régimen económico de la seguridad social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las comunidades autónomas.
- Evitación del riesgo de fragmentación del sistema de seguridad social, con el consiguiente debilitamiento, mediante la territorialización de los ingresos y gastos del principal instrumento de solidaridad interpersonal de todos los españoles.

Sin embargo, esta separación radical entre subsistemas no deja de presentar inconvenientes de igual o mayor relevancia que las razones anteriormente expuestas; a saber, fundamentalmente:

- Imposibilidad de confrontar, en términos de eficiencia económica o de redistribución, el coste de oportunidad de asignar más o menos recursos a la sanidad en relación con los restantes servicios.
- No vigencia del principio de garantía del coste efectivo durante el período transitorio, acusándose síntomas

de insuficiencia financiera provocados por el hecho de recibir los créditos correspondientes a cada año según unos presupuestos iniciales de las entidades gestoras transferentes escasamente realistas, por encontrarse afectados de importantes desviaciones posteriores.

- Obligación de mantener dos estructuras y dos aparatos burocráticos diferenciados, tanto en materia financiera como en gestión presupuestaria, con los consiguientes costes por las deseconomías de escala que tal duplicidad supone.

Un segundo rasgo característico de este subsistema es la diferencia en el modelo de reparto entre las comunidades autónomas de régimen común y las de régimen foral, tanto en la forma de determinación del coste como en el proceso de liquidación. A estos aspectos se dedican los dos siguientes epígrafes.

1. Las comunidades autónomas de régimen común

El sistema de financiación de las transferencias en materia de asistencia sanitaria de la seguridad social para las comunidades autónomas de régimen común viene regulado por lo establecido en la Ley General de Sanidad, así como por los respectivos reales decretos de transferencias (2). Las dos cuestiones básicas que se plantean son las siguientes: por una parte, la determinación de la cantidad total a repartir y, por otra, los criterios para realizar el reparto.

En relación con la primera cuestión, para cada una de las comunidades autónomas de régimen común (Andalucía, Cataluña, Valencia y Galicia) que tienen transferidas las competencias de asistencia sanitaria, se prevé la elaboración anual de un anteproyecto de su presupuesto adaptado a la clasificación orgánica, funcional, económica y por programas vigente para el sistema de seguridad social, que se remite al Ministerio de Sanidad y Consumo para ser agregado al presupuesto global del INSALUD. A estos efectos, se concede derecho de audiencia a las respectivas comunidades autónomas.

Una vez establecido el presupuesto global del INSALUD, y antes de proceder a su asignación territorial, se descuentan del mismo los gastos de gestión centralizada, que en este caso se concretan en:

- Gastos de servicios centrales del INSALUD.
- Gastos de centros de silicosis de Oviedo.
- Gastos del centro de parapléjicos de Toledo.
- Gastos del Fondo de Investigación Sanitaria.
- Gastos del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo.
- Gastos no monetarios de compensación a empresas colaboradoras.
- Gastos de dotaciones para amortizaciones.

Determinada de esta forma la cantidad global susceptible de ser distribuida entre el territorio INSALUD y las

comunidades de régimen común con transferencias sanitarias, se establecen dos modelos para su reparto. Uno, que podemos calificar de definitivo, viene determinado por la Ley General de Sanidad, que en su artículo 82 señala que la distribución ha de hacerse en función del porcentaje de población protegida en cada comunidad. Hasta tanto no se adoptase este modelo definitivo —inicialmente previsto a partir de 1986— se estableció un modelo transitorio, a imagen y semejanza de lo señalado en la LOFCA para el resto de las transferencias ordinarias, basado en el criterio del coste efectivo de los servicios, que es el que se sigue aplicando en la actualidad. Asimismo, se estableció un período de diez años para ajustar las diferencias que pudieran generarse al pasar de un sistema a otro.

La aplicación del criterio del coste efectivo se realizó a partir del coste de los servicios del año anterior a la transferencia, según presupuesto liquidado del INSALUD en dicho ejercicio; arrojando los siguientes resultados:

	Año	Porcentaje
Andalucía	1983	17,47
Valencia	1988	9,62
Cataluña	1984	16,30
Galicia	1991	5,99

De haberse aplicado el criterio de población protegida, interpretado como población de derecho según el censo de 1981, los porcentajes de reparto hubiesen sido los siguientes:

Cataluña	15,81
Andalucía	17,09
Valencia	9,76
Galicia	7,46

Como puede observarse, para Andalucía y Cataluña resultó beneficiosa, en principio, la aplicación del criterio del coste efectivo. No obstante lo anterior, existe una peculiaridad que presentan las transferencias a Andalucía, y es que los recursos destinados a nuevas inversiones se distribuyen según población de derecho correspondiente a 1981. Dicho porcentaje (17,09) se gira sobre el importe global previsto cada año para la inversión nueva en el presupuesto del INSALUD.

Señalaremos, finalmente, que en cuanto a la transferencia de los bienes inmuebles, las comunidades autónomas adquieren su uso y goce pero, debido al principio de unidad patrimonial de la seguridad social, su titularidad corresponde a la Tesorería General.

2. El País Vasco y Navarra

La financiación de las transferencias sanitarias de la seguridad social al País Vasco y a Navarra se viene

llevando a cabo a través de un sistema que puede calificarse como privilegiado en relación con el de las comunidades de régimen común. Este hecho viene dado, de un lado, por la singularidad del sistema foral y, de otro, por su mayor capacidad de negociación política. En un primer repaso del sistema de financiación del País Vasco (Navarra se acaba de incorporar), se observan cuatro grandes ventajas de índole financiera y patrimonial.

a) Mayor base reguladora de créditos monetarios transferibles contenidos en el presupuesto total del INSALUD. En efecto, del presupuesto inicial del INSALUD sólo se deducen los gastos del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, de los que el País Vasco recibe la parte que le corresponde por otra vía. En términos cuantitativos, para el ejercicio de 1988, significa una base de determinación de recursos superior a la de los demás en más de 3.800 millones de pesetas.

A su vez, la forma transferencial incluye expresamente en aquélla el importe de créditos estatales y de la seguridad social vinculados a los servicios sanitarios transferidos e independientes del presupuesto del INSALUD. Aún queda incrementado el efecto expansivo de la base reguladora de los créditos a transferir al País Vasco, ya que se determinan como recursos integrantes de la misma aquellos créditos contemplados en el presupuesto del INSALUD para atender programas sanitarios al margen de las prestaciones sanitarias de la seguridad social.

b) La transferencia de los recursos presupuestarios del INSALUD se realiza según el índice de imputación del *cupo*, que es superior al tanto por ciento del coste de los servicios transferidos y también al de población protegida. Así, dicho índice cupo es del 6,24 por 100, 0,52 puntos porcentuales mayor que el coste del servicio en 1987, lo que supone un aumento de 7.000 millones de pesetas para 1988 (la población de derecho en 1981 y 1986 es, respectivamente, del 5,68 y del 5,55 por 100).

c) Se agiliza la disposición del crédito transferible, al preverse anticipos a cuenta de las liquidaciones definitivas de cada ejercicio económico, en relación con su participación en las ampliaciones e incorporaciones de los créditos aprobados durante cada ejercicio en el presupuesto del INSALUD.

d) Especial tratamiento del patrimonio inmobiliario, con asunción de la titularidad de nuevas edificaciones y antiguas modificadas en su estructura externa, incluso con la previsión de la plena titularidad futura de todo el *stock* patrimonial inmobiliario de la seguridad social en el País Vasco.

Por su parte, en el caso de Navarra, la aplicación del índice de imputación (1,60 por 100) como porcentaje asignador de recursos le ha supuesto una buena ventaja, pues no ha de olvidarse que su porcentaje de gasto inicial era del 1,28 por 100 (3).

3. La financiación de la asistencia sanitaria en las comunidades de régimen común: problemas y limitaciones

La valoración que se pueda hacer del modelo de financiación de la asistencia sanitaria habrá de estar referida necesariamente a su capacidad para hacer cumplir los principios de autonomía, suficiencia y equidad en la distribución territorial de los recursos que, tanto en la Ley General de Sanidad como en los reales decretos de transferencias, se establecen como principios informadores de la distribución del presupuesto del INSALUD. En este sentido, podemos establecer las siguientes consideraciones.

A) *Autonomía financiera*

El grado de autonomía financiera de las comunidades autónomas de régimen común es bastante limitado, al depender los recursos anuales del presupuesto anual de gastos del INSALUD y de sus posibles desviaciones.

B) *Suficiencia financiera y planificación del gasto*

La suficiencia financiera y la planificación del gasto de las comunidades autónomas deja mucho que desear, puesto que la determinación de la cuantía de sus recursos financieros en cada ejercicio depende de la firma de unos acuerdos de liquidación suscritos con excesivo retraso desde el final del periodo anual presupuestario. Lo anterior ha generado con demasiada frecuencia el recurso de las comunidades autónomas al endeudamiento y, en definitiva, a una gestión secularmente deficitaria de la competencia sanitaria. Asimismo, se ha puesto sobre el tapete el hecho de la gran dificultad que entraña gestionar adecuadamente cualquier tipo de competencia sin el conocimiento previo de los recursos disponibles para ella.

C) *El criterio de coste efectivo*

Como es bien conocido, se mantiene en el sistema de financiación de la asistencia sanitaria de la seguridad social un criterio de asignación de recursos, basado en el coste efectivo de los servicios transferidos, ya superado por el subsistema de financiación básica previsto en la LOFCA, donde sólo estuvo vigente en el periodo transitorio. Ahora bien, el criterio del coste efectivo, si en un principio pudo beneficiar a ciertas comunidades autónomas, ha quedado desfasado en su propósito, por dos razones fundamentalmente:

a) Por la variación de las infraestructuras sanitarias producida desde 1984 en las comunidades autónomas con competencias transferidas del INSALUD, debido a su propia gestión, y también por la influencia de una nueva concepción de la sanidad a escala estatal, cuyo exponente más gráfico puede encontrarse en la reforma

de la atención primaria. Transferir recursos a dichas comunidades autónomas, cuya finalidad es la de cubrir los costes de una estructura sanitaria que poco tiene que ver con la que dio origen al criterio de transferencia de los mencionados medios financieros, resulta absurdo a todas luces.

b) Por la distinta composición demográfica actual de las comunidades autónomas en relación con el censo de 1981:

	1981 Porcentaje	1986 Porcentaje
Cataluña	15,81	15,54
Andalucía	17,09	17,65
Valencia	9,67	9,70
Galicia	7,46	7,39

Andalucía, que según el censo de 1981 tenía el 17,09 por 100 del total de la población nacional, ha pasado a tener el 17,65 por 100 según el padrón de 1986, superior incluso al 17,47 asignado como coste de los servicios transferidos. Como, según su Decreto de Transferencias, desde 1986 ha de adecuar su porcentaje según su coste de los servicios transferidos (17,47 por 100) al correspondiente al censo de 1981 (17,09) en diez años, durante cada uno de éstos percibirá un $(17,47-17,09)/10 = 0,38$ por 100 menos, con lo que irá alejándose su porcentaje de créditos percibidos del que le correspondería según cifras de población protegida más actualizadas derivadas del padrón de 1986. Además, en cada ejercicio presupuestario recibe para nuevos centros e inversiones el 17,09 del total previsto por el INSALUD para estas finalidades, y si el criterio fuese el porcentaje de población de 1986, recibiría un 17,65 por 100.

D) Equidad

La estructura del actual sistema de financiación de la asistencia sanitaria de la seguridad social produce defi-

ciencias en cuanto al reparto equitativo de recursos entre los entes territoriales con competencia en la materia. En términos de recursos percibidos *per capita*, pueden observarse tales deficiencias en los cuadros n.º 1 y 2. El sistema discrimina en contra de las comunidades autónomas de mayor crecimiento demográfico en los últimos años —Andalucía y la Comunidad Valenciana—, así como favorece especialmente al País Vasco, cuyos ingresos *per capita* para financiar la asistencia sanitaria de la seguridad social superan a los recibidos en los demás territorios del Estado. El hecho es significativo por cuanto no operan por el momento —como tampoco en el subsistema de financiación básica— las asignaciones de nivelación estatales, previstas para asegurar un mínimo de cualquier servicio especial transferido a las comunidades autónomas.

Por último, no queremos dejar de señalar otros problemas, tales como:

1) La duplicidad burocrática a nivel central de organismos implicados en la gestión de la asistencia sanitaria de la seguridad social provoca ineficacia y desconcierto en la administración y distribución de unos recursos económicamente dependientes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pero que simultáneamente constituyen medios financieros al servicio de una política sanitaria cuya responsabilidad y dirección competen al Ministerio de Sanidad y Consumo.

2) La ausencia de un tratamiento específico y objetivo de las subvenciones finalistas, o transferencias corrientes, de aplicación determinada percibidas por las comunidades autónomas para atender programas sanitarios de potenciación estatal (lucha contra la droga, Sida, subnormalidad), al no computarse estos gastos de transferencias en el cálculo del coste efectivo de los servicios transferidos.

CUADRO N.º 1

LA DISTRIBUCION POR HABITANTES SEGUN CENSO DE 1981
(Pesetas por habitante)

COMUNIDAD AUTONOMA	1985	1986	1987	1988	1989
Andalucía	25.421	27.979	30.806	36.332	41.518
Cataluña	25.436	28.064	30.806	36.206	41.255
País Vasco	25.931	28.034	30.866	35.889	40.971
Valencia	25.605	27.681	30.475	35.336	42.739
Gestión directa	25.963	27.731	30.562	35.659	41.382
ESPAÑA	25.750	27.832	30.571	35.842	41.770

CUADRO N.º 2

LA DISTRIBUCION POR HABITANTES SEGUN PADRON DE 1986
(Pesetas por habitante)

COMUNIDAD AUTONOMA	1985	1986	1987	1988	1989
Andalucía	24.115	26.540	29.223	34.464	39.384
Cataluña	25.341	27.960	30.691	36.072	41.102
País Vasco	26.000	28.109	30.948	35.984	41.081
Valencia	25.015	27.044	29.776	34.523	41.756
Gestión directa	24.992	26.694	29.419	34.325	39.834
ESPAÑA	24.950	26.973	26.698	34.728	40.472

4. La reforma del actual sistema de financiación de las competencias sanitarias

Ante este estado de la cuestión, parece ineludible que durante los próximos meses se tenga que abordar un proceso de negociación entre el poder central y las comunidades tendente a una reforma del actual sistema de financiación que trate de superar los problemas que éste tiene planteados. Amén de superar los problemas que se han recogido en el apartado anterior, dicha reforma, como han apuntado López i Casanovas y Corona (1990), debería, al menos:

a) Modificar el sistema de presupuestación del INSALUD, y en concreto lo relativo a las prestaciones sanitarias de la seguridad social, para evitar los efectos indeseables de subvaloración de gastos y las diferencias entre comunidades autónomas motivadas por la necesidad de negociar la participación en los presupuestos iniciales y liquidados.

b) Evitar el trato discriminatorio para las comunidades autónomas que tienen transferidas las competencias del INSALUD, y el hecho de que el comportamiento del INSALUD Gestión Directa decida criterios de financiación para la totalidad del sistema.

c) Evitar los retardos en la recepción de los fondos por parte de las comunidades autónomas, que redundan en perjuicio de la liquidez del sistema, introduciendo costes financieros y provocando ineficacia en la gestión.

d) Definir con claridad el volumen de recursos a destinar a la sanidad pública, así como las prestaciones a garantizar, como punto de partida para definir la fórmula de distribución de los mismos entre las comunidades autónomas.

El nuevo sistema podría quedar estructurado de dos formas alternativas. Una primera, en la que se seguiría manteniendo la situación actual de reparto del presupuesto del INSALUD, pero estableciendo el mecanismo de asignación de los recursos en función de la población

de derecho, ajustada en base a determinados criterios que tratasen de medir las necesidades sanitarias territoriales. Una segunda, siguiendo el modelo LOFCA para la financiación de las comunidades con competencias en educación, donde también habría necesidad de ajustar la población de derecho con algunos criterios *ad hoc*. En este sentido, podemos decir que en los últimos años se ha producido una serie de circunstancias que puede apoyar la idoneidad de esta segunda alternativa (Sanfrutos, 1989). A este respecto, la Ley 37/1988, de Presupuestos Generales del Estado para 1989, introdujo ciertos cambios que, de hecho, facilitan la adopción del modelo LOFCA en la financiación de competencias sanitarias:

a) Se modifica la estructura de la financiación de las prestaciones sanitarias de la seguridad social, que pasa a depender en un 75 por 100 de la aportación del Estado, y en el 25 por 100 restante de las cotizaciones sociales.

b) Se cambia el sistema de financiación de los hospitales dependientes de las diputaciones provinciales y cabildos insulares, previendo su traspaso a las comunidades autónomas.

c) Se introduce la puesta en marcha de la universalización de la asistencia sanitaria.

Como podemos ver, tanto en un sistema como en otro se hace necesaria la utilización de algún tipo de criterios en base a los cuales ajustar la población de derecho, como elemento básico del reparto territorial de los recursos financieros. En el apartado siguiente, tratamos de analizar los posibles criterios que se podrían utilizar.

II. CRITERIOS DE ASIGNACION TERRITORIAL DE RECURSOS SANITARIOS

1. Criterios generales de reparto

Por lo que respecta a la distribución de la cantidad total destinada a gasto sanitario entre las diversas comunidades autónomas, conviene comenzar recordando que, desde un punto de vista teórico, la asignación territorial de los recursos podría efectuarse sobre la base de diferentes criterios (Hanau, 1987, pág. 373 y ss.):

- Criterio *per capita*, que implica la atribución de una misma cantidad de créditos para cada habitante, y daría lugar a una asignación territorial proporcional al número de habitantes.

- Criterio de necesidad, que entraña la asignación de una cantidad más elevada cuando las necesidades son más altas; por ejemplo, se pueden distribuir los recursos entre las diversas áreas en función inversa de los indicadores de salud o en función directa de los indicadores de mortalidad o de morbilidad registrados en la población; se pueden también utilizar indicadores indirectos de necesidad, tales como la proporción de personas ancianas.

- Criterio de eficiencia productiva, que consiste en privilegiar los territorios en los cuales los servicios son administrados de la forma más eficaz, o los costes de las prestaciones son menos elevados a un nivel idéntico de calidad.

- Criterio de gasto histórico, que correspondería a una gestión que deseara conservar la situación existente. La base de cálculo sería, en este caso, la cantidad de gasto para un período dado, que constituye el período de referencia.

- Finalmente, cabría también utilizar un criterio de gasto efectivo, consistente en financiar los gastos efectivamente realizados al final del ejercicio, sin preocuparse de la eficacia de los gastos ni de la distribución relativa entre las diversas áreas geográficas.

El procedimiento de asignación empleado en cada caso concreto puede combinar muchos de estos diferentes criterios. No obstante, y de cara a su posible aplicación al caso español, habría que descartar, en principio, el uso de tres de estos criterios, por estar muy alejados de las más elementales normas de equidad. Por un lado, el criterio de eficacia no debe ser una base adecuada de distribución, por cuanto que pueden existir diversos factores no controlables por las autoridades sanitarias respectivas que supongan costes diferenciales en la prestación de los servicios sanitarios, y que, en todo caso, debieran suponer la asignación de cantidades positivamente relacionadas con dichos costes, en lugar de negativamente, como propone este criterio. Por ello, se trata de una base de asignación territorial de recursos

que prácticamente no se utiliza nada más que en Portugal para el gasto hospitalario (Do Rosario, 1988, pág. 168). Por su parte, el criterio del gasto efectivo resulta inimaginable, dadas las restricciones presupuestarias que afectan a todas y cada una de las funciones del gasto público. Finalmente, el criterio del gasto histórico tampoco debería utilizarse con la finalidad deseada, por cuanto que su empleo podría eternizar posibles malas distribuciones anteriores de los recursos sanitarios entre las diversas áreas geográficas. En definitiva, el procedimiento de asignación que puede recomendarse, como combinación de dos de los propuestos inicialmente, pasa por un reparto *per capita* corregido mediante un criterio de necesidad.

2. Criterios de reparto según la necesidad sanitaria

En este punto, se plantea el problema de cómo medir la necesidad en el campo sanitario. Según como se desee medir ésta a efectos de la asignación territorial del gasto sanitario, surgen, al menos, tres criterios que se englobarían en el más amplio de necesidad:

- a) criterio demanda/utilización;
- b) criterio situación sanitaria, y
- c) criterio cobertura de servicios sanitarios.

El criterio de demanda/utilización se fundamenta sobre el principio de que cada persona, a lo largo de todo el Estado, debería tener la misma oportunidad de utilizar los servicios sanitarios. Su aplicación se basa en el empleo de tasas de utilización de los servicios sanitarios, por sexo y grupos de edad, a escala nacional, y luego su comparación con los correspondientes a escala regional para valorar el nivel de equipamiento que cada región está necesitando para suministrar a cada categoría de población las atenciones sanitarias equivalentes a la media nacional. Por su parte, el criterio del estado de salud, para llevar a cabo el más genérico de necesidad, consiste en ponderar la población de cada región en función de algún indicador de la situación sanitaria. El procedimiento ideal sería el empleo de estadísticas de morbilidad, pero, en ausencia de éstas, se emplean las tasas de mortalidad correspondientes a distintos grupos de población. El objetivo último de este criterio sería la discriminación positiva en la asignación de los recursos en favor de aquellas regiones con una situación sanitaria peor en relación con la media nacional. Finalmente, el criterio de cobertura de servicios sanitarios intenta alcanzar el mismo grado de cobertura para los distintos grupos de riesgo al nivel nacional. Como es lógico, su objetivo es discriminar positivamente, en la distribución territorial del gasto sanitario, a aquellas regiones con un nivel más bajo de cobertura de este tipo de servicios.

3. La fórmula de reparto del Informe RAWP

El intento más notorio de aplicar los dos criterios de necesidad mencionados en primer lugar (utilización y estado de salud) lo representa la fórmula de reparto propuesta por el conocido *Informe RAWP* (4), aplicado desde 1976 en el Reino Unido. Con el objetivo de procurar igual oportunidad de acceso a los servicios sanitarios en todas las partes del país para quienes presenten las mismas necesidades, esta fórmula contiene cuatro elementos principales (5):

- La población de cada región, clasificada por grupos de edad y sexo, que sirve de base de cálculo.
- Las tasas medias de hospitalización nacionales, para cada grupo de edad, sexo y cada enfermedad, a fin de valorar el nivel de equipamiento que precisa cada región para ofrecer a sus ciudadanos las atenciones hospitalarias nacionales medias.
- El coste de hospitalización para cada clase de enfermedad es aproximadamente valorado al objeto de transformar los datos de hospitalización en estimaciones de costes.

Estos tres primeros elementos son combinados por multiplicación matricial, obteniéndose el presupuesto que necesitaría cada región si suministrara a cada grupo de edad/sexo, y para cada enfermedad, los tratamientos a la tasa media nacional.

- El cuarto elemento de este cálculo, que no se aplica más que a los cuidados agudos no psiquiátricos, que representan algo más del 55 por 100 de los gastos sanitarios, es la tasa de mortalidad estandarizada (*Standard Mortality Rate*, o IME) para cada región y cada enfermedad, que se utiliza para verificar en qué medida la tasa de morbilidad de una región está por encima o por debajo de la media nacional. (Se obtiene un IME regional dividiendo el número real de defunciones causadas por una enfermedad dada en una región por el número de muertos que se hubiesen presentado, dado el reparto por edades de la población regional, si cada grupo de edad de esta población regional presentase la tasa de morbilidad media a escala nacional). En los cálculos, se otorga al IME estándar el valor 100, y un IME de 110 para una región, por ejemplo, indica que en ella se han producido un 10 por 100 de defunciones suplementarias con relación al nivel que se habría observado si la región hubiese tenido, para cada grupo de edad, la tasa nacional media de defunción. La hipótesis —y el RAWP ha reconocido que esto no era más que una hipótesis— es que los datos de mortalidad de una región constituyen un buen indicador de su nivel relativo de morbilidad con relación al conjunto de la comunidad nacional.

Ponderando por los IME los indicadores de población, de utilización de camas hospitalarias y de gastos, la fórmula permite conocer los gastos que corresponderían a una utilización de servicios de nivel medio, teniendo

en cuenta el nivel de morbilidad inferior o superior a la media nacional constatado en la región. De este modo, los datos de mortalidad permiten, para cada región, hacer los ajustes necesarios al objeto de tomar en consideración las diferencias del estado de salud y de morbilidad a través del país.

Se puede presentar esta fórmula así:

$$r_i = \sum_k \left[\sum_j (P_{ij} \cdot U_k \cdot C_k) \frac{d_k}{\sum_j m_k \cdot p_j} \right]$$

- r: estimación del presupuesto regional.
- p: población.
- u: tasa de utilización de las camas.
- c: coste de tratamiento por cama de hospitalización y por día.
- m: tasa de mortalidad nacional.
- i: índice de regiones.
- j: índice de grupos de edad/sexo.
- k: indicador de morbilidad.

La fórmula permite calcular un presupuesto potencial o estimado para cada región. No obstante, este presupuesto no es concedido a la región. En realidad, los presupuestos estimados se suman y sirven para la asignación del presupuesto total limitado. En general, el presupuesto total limitado es más elevado que la suma de los presupuestos, porque se utilizan en los cálculos los datos referidos a los costes observados en el pasado. Esta fórmula suministra, pues, una base para el reparto del presupuesto, y debe ser utilizada para distribuir cualquier suma global.

4. Principales críticas a la fórmula RAWP

La fórmula del RAWP ha sido bastante criticada, pero lo cierto es que sigue siendo utilizada con regularidad por los gobiernos ingleses de uno u otro signo desde 1976. Cada uno de los cuatro elementos (población, utilización de camas, coste hospitalario y mortalidad) ha sido acusado de carecer de precisión y de constituir un indicador poco apropiado. El parámetro población es el menos criticable, mientras que el referido a utilización de camas por edad y enfermedad ha sido objeto de pocas críticas. En cambio, han proliferado las opiniones que destacan las siguientes limitaciones y críticas a la fórmula empleada por el informe RAWP.

En primer lugar, en la fórmula de cálculo empleada sólo se atribuyen los gastos hospitalarios, por lo que no cabe pensar en una extrapolación exacta al caso español, en el que se han de atribuir los gastos correspondientes a todas las funciones sanitarias. En segundo lugar, cabe destacar que el parámetro mortalidad ha sido, posiblemente, el elemento de cálculo del RAWP más criticado desde un punto de vista conceptual.

Conviene comenzar recordando, a este respecto, que el RAWP adoptó un enfoque esencialmente epidemiológico.

gico para medir la necesidad de servicios sanitarios, al asumir que la necesidad puede ser equiparada con la morbilidad en el área. Además, la morbilidad se suponía que reflejaba las condiciones sociales y ambientales de un área, dado que las condiciones adversas incrementan, obviamente, la probabilidad de muerte y enfermedad. En cambio, no existían medidas directas de morbilidad de la población con suficiente calidad. La decisión de usar los índices de mortalidad estandarizados (IME) ha dado lugar a la principal crítica, que se basa en que éste no mide adecuadamente la morbilidad, y también en que falla para percibir las mayores necesidades de servicios sanitarios que las áreas socialmente deprimidas se dice que tienen (Le Grand, 1982). En efecto, este indicador no refleja fielmente la morbilidad, como sería deseable o, en todo caso, no lo hace de la misma forma para todas las enfermedades. Por ejemplo, las enfermedades circulatorias son la causa de numerosas muertes y de ingresos en hospitales. Se puede, pues, intentar encontrar una correlación entre la extensión de estas enfermedades y la mortalidad. En cambio, para enfermedades tales como las del sistema osteo-muscular, la relación entre número de casos y número de defunciones es débil; muy pocas muertes pueden ser imputadas a esta causa. Por ello, una pequeña variación del número de fallecidos que le sean atribuidos puede producir una fuerte modificación del IME de un área.

Algunos estudios han concluido que los datos de mortalidad son una *proxy* inadecuada de la morbilidad, porque no están correlacionados con un conjunto de medidas disponibles de morbilidad. Sin embargo, los resultados de estos estudios son a menudo menos claros que sus conclusiones. Por ejemplo, aunque Foster (1977, páginas 997-998) mostró que a escala regional no había una correlación entre los IMES y las medidas de enfermedades agudas del estudio general de familias inglés, él encontró una correlación estadísticamente significativa con las enfermedades crónicas de dicho estudio (definidas como un estado de enfermedad, incapacidad o debilidad duradera). Foster concluyó, en cambio, que era dudoso que la mortalidad pudiera ser considerada un indicador válido de morbilidad. Sin embargo, podría argumentarse en sentido opuesto, como lo hace Mays (1987, pág. 704), que las enfermedades agudas no correlacionadas con la mortalidad incluirían episodios menores de enfermedades que no necesariamente requieren la ayuda de los servicios sanitarios. Por contra, las enfermedades crónicas pueden incluir dolencias severas de larga duración que garantizan la intervención de los medios de salud. En definitiva, lo cierto es que, a pesar de las críticas que se han realizado desde 1976, las justificaciones efectuadas para el uso de los índices de mortalidad estandarizados siguen siendo válidas, ya que no se ha desarrollado ninguna *proxy* mejor de morbilidad (Mays, 1987, pág. 704).

Un tercer grupo de críticas realizadas a la fórmula RAWP parte del hecho de que si bien contiene buenos indicadores de la demanda/utilización sanitaria y del

estado de salud regionales en relación al total nacional, no reconoce el hecho de que la cobertura sanitaria preexistente al período en el que se intentan distribuir racionalmente los recursos sanitarios puede ser muy desigual. Para corregir esas posibles desigualdades de partida en la dotación sanitaria, se ha propuesto el tercer criterio de necesidad indicado anteriormente (el criterio de cobertura de servicios sanitarios), que ya ha sido aplicado al caso portugués para los servicios de atención primaria de salud. Para recoger el espíritu de este criterio, que defiende, en último término, una transferencia de recursos entre áreas geográficas si el nivel de cobertura por servicios de salud está desigualmente distribuido (Do Rosario, 1988, pág. 171), sería deseable incluir entre las variables que han de ponderar a la población para efectuar el reparto regional de los recursos sanitarios algunos indicadores de la dotación de partida, como pudieran ser el gasto sanitario *per capita*, el número de camas hospitalarias por habitante y el número de médicos por habitante en el año anterior al empleo de la fórmula propuesta.

Como cuarta limitación a la fórmula de cálculo del informe RAWP, se ha señalado la ausencia de un parámetro que caracterice los factores sociales. Se trata de una carencia importante si se piensa que unas peores condiciones sociales pueden contribuir al crecimiento de la morbilidad, y que, contrariamente a lo propugnado por el informe RAWP, esa influencia social sobre las necesidades de atención sanitaria no puede ser bien recogida por los indicadores de mortalidad. En esta dirección, son dos las principales limitaciones que se atribuyen al empleo del índice de mortalidad estandarizado. Por un lado, se piensa que el IME no refleja el nivel de morbilidad crónica en las áreas deprimidas y, en segundo término, puede ocurrir que, para un nivel dado de morbilidad, las necesidades sanitarias de un área deprimida sean mayores que las de una no deprimida, puesto que los factores sociales aportan una demanda extra de servicios.

Basándonos en este tipo de razonamientos, creemos que para el reparto regional del gasto sanitario en España habría que tomar en consideración este tipo de factores sociales, especialmente por medio de la utilización de un indicador de ingresos medios anuales por persona, o bien de otros que reflejen el porcentaje de hogares sin servicio de higiene o sin agua corriente en cada una de las áreas geográficas, etcétera.

Para finalizar este epígrafe, dedicado a repasar las principales críticas realizadas al informe RAWP, conviene recordar que, a pesar de ser ciertas la mayoría de estas matizaciones, y de haberse realizado numerosos intentos de reforma (6), la fórmula aplicada por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido sigue estando plenamente en vigor, y su filosofía se ha extendido a muchos otros lugares; y ello porque, como han destacado los expertos en el tema, «si se cree que en el sistema sanitario los recursos deben ser distribuidos en base a criterios

objetivos, la fórmula RAWP debe ser defendida, a pesar de los problemas metodológicos y conceptuales discutidos anteriormente» (7).

III. CONCLUSIONES SOBRE LOS CRITERIOS A EMPLEAR

De lo expuesto en los apartados anteriores se desprende la conveniencia, en primer lugar, de que el reparto territorial de los recursos sanitarios se lleve a cabo en función de la población (criterio *per capita*) y de las diferencias observadas en las necesidades sanitarias entre áreas (criterio de necesidad). Por tanto, la fórmula de reparto a utilizar debe basarse en la población, corregida por diversas medidas representativas de la necesidad sanitaria. Por lo que respecta a estas variables correctoras, siguiendo la experiencia del informe RAWP, deberán utilizarse medidas del estado de salud y de la utilización de servicios sanitarios. Además, con objeto de incorporar la filosofía que se desprende de las principales críticas realizadas a dicha fórmula, consideramos conveniente la medición de la necesidad sanitaria también en función del grado de cobertura de los servicios sanitarios y de alguna medida representativa de la situación socioeconómica.

Finalmente, pensamos que hay una importante peculiaridad del comportamiento estacional de la población en nuestro país. Nos referimos al turismo, evidentemente, que eleva la necesidad sanitaria de determinadas áreas y, por tanto, la demanda de recursos para su cobertura por encima de lo que pudieran indicar los datos de población de derecho. Por ello, creemos que, en el reparto de los recursos sanitarios, la población debería corregirse también por algún indicador de la afluencia turística a las distintas regiones.

En definitiva, se propone que para repartir el gasto sanitario en nuestro país entre las diversas comunidades autónomas, se podrían utilizar los siguientes grupos de variables:

1. Población: corregida, alternativa o conjuntamente según los casos, por las restantes variables.
2. Estado de salud.
3. Utilización de servicios sanitarios.
4. Cobertura sanitaria.
5. Condiciones socioeconómicas.
6. Turismo.

NOTAS

- (1) Sobre el tema en general, ver: MEDEL (1990), DOMÍNGUEZ (1990), CASTELLS (1988) e YRIGROYEN (1989).
- (2) Para profundizar en estas cuestiones, ver, en especial: YRIGROYEN (1989) y SANFRUTOS (1989).
- (3) Ver, al respecto, YRIGROYEN y otros (1991).
- (4) Department of Health and Social Security (1986a).
- (5) Vid. WEST (1987, págs. 343 y ss.).
- (6) Vid. Department of Health and Social Security (1986b), y MAYS y BEVAN (1987).
- (7) Vid. ARGIMÓN y ALLEN (1988, pág. 426).

BIBLIOGRAFIA

- ARGIMÓN, J. M., y ALLEN, A. K. (1988), «Distribución de los recursos económicos destinados a sanidad en Inglaterra», *Medicina Clínica*, número 91.
- CASTELLS, A. (1988), *Hacienda autonómica*, Ariel, Barcelona.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN (1987), *Système de Santé, pouvoirs publics et financeurs: que contrôle quoi?*, La Documentation Française, Paris.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1986a), *Sharing resources for Health England. Report of Resource Allocation Working Party*, HMSO, Londres.
- (1986b), *Review of RAWP formule*, DHSS, Londres.
- DO ROSARIO, M. (1988), «The equity principle in the allocation of health care expenditure on primary health care services in Portugal: the human capital approach», *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 3.
- DOMÍNGUEZ, J. M. (1990), *La hacienda autonómica de Andalucía en la década de los 80*, ESECA, Málaga.
- FOSTER, D. P. (1977), *Mortality, morbidity and resource allocation*, Lancet, Londres.
- HANAU, C. (1987), «La repartition du financement des ressources sanitaires sur una base territoriale: theorie et pratique italienne», en Commissariat Général du Plan.
- LE GRAND, J. (1982), *The strategy of equality*, Allen and Unwin, Londres.
- LÓPEZ I CASASNOVAS, G. (dir.) (1990), «Investigació sobre propostes de reforma del sistema de finançament de la sanitat catalana», mimeo, Barcelona.
- MAYS, N. (1987), «Measuring morbidity for resource allocation», *British Medical Journal*, vol. 295, n.º 19, septiembre.
- , y BEVAN, G. (1987), «Resource allocation in the Health Service: A review of the methods of the Resource Allocation Working Party», *Occasional Papers in Social Administration*, n.º 87, Bedford Square Press/NCVO, Londres.
- MEDEL, B. (1990), «La hacienda autonómica y local», en ALBI, (1990), *La hacienda pública en la democracia*, Ariel, Barcelona.
- SANFRUTOS, N. (1989), *La financiación de los servicios sanitarios transferidos procedentes de la seguridad social (el caso de Andalucía)*, Junta de Andalucía, Sevilla.
- WEST, P. A. (1987), «Maitrise des couts et allocation de ressources dans le Système National de Santé en Angleterre», en Commissariat Général du Plan (1987).
- YRIGROYEN, P. P. (1989), *Sistema general de financiación de las comunidades autónomas*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- , y otros (1991), «Régimen financiero de las transferencias del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Foral de Navarra»; comunicación presentada a las XI Jornadas de Economía de la Salud, Alicante.

LA FINANCIACION AUTONOMICA DE LA SANIDAD: «ENTRE LO HUMANO Y LO DIVINO»

Guillem LOPEZ I CASASNOVAS

El tratamiento que se dé a las cuestiones de equidad y eficiencia en la distribución de los recursos públicos no es una cuestión que se pueda resolver desde un punto de vista exclusivamente económico. Tampoco es éste un problema específico de la financiación autonómica de la sanidad, ya que está de hecho presente —se discuta explícitamente o no— en la territorialización de las distintas partidas del gasto público. Sin embargo, en ningún caso su análisis parece haber levantado la polémica hoy existente para el caso sanitario.

Pese a que existe una amplia literatura sobre el tema de la redistribución de los recursos sanitarios, de la que ha resultado paradigmática la referida a la fórmula inglesa del RAWP (1) —véase Gómez Sala y otros en este mismo número—, apenas puede considerarse que haya consenso alguno sobre el tema. Parece existir, sin embargo, una especial predisposición a combatir la desigualdad en el consumo sanitario a la vista del carácter fundamental que se otorga al cuidado de la salud. Este esfuerzo se suele reflejar, por lo demás y casi en exclusiva, en la simple redistribución de recursos. A la vez que ello refleja un optimismo poco fundamentado acerca de la capacidad de mejora de los índices de salud vía el simple trasiego de recursos sanitarios, ignora las causaciones más complejas que tienen lugar en las relaciones sanitarias y las interacciones de las distintas funciones del gasto público en las políticas de redistribución.

LA PERSPECTIVA DE LA GESTION

En nuestro país, el énfasis en las cuestiones teóricas redistributivas ha hecho perder perspectiva de cómo se deciden las políticas sanitarias en la práctica, de cómo se gestionan los recursos a éstas destinados y, más notoriamente, de las limitaciones existentes en la redistribución de recursos si se quiere evitar que constituya un elemento desestabilizador en la provisión de los servicios colectivos.

Desde una determinada concepción de la equidad («tantas cabezas, tantos dolores de cabeza»), la Ley General de Sanidad ha colocado a la territorialización de los servicios sanitarios en un callejón sin salida (2). La realidad de las transferencias, 1) ha generado, como mínimo, tres sistemas de financiación: *a)* para las comunidades autónomas de régimen común que gestionan las transferencias (con diferencias, por lo demás, poco justificadas entre ellas); *b)* para aquéllas que continúan bajo el paraguas presupuestario del Insalud (Madrid, Cantabria y Canarias, como comunidades autónomas particularmente beneficiadas de ello), y *c)* finalmente, para los territorios vascos, que, como viene siendo costumbre, van «por su cuenta»; 2) ha obstaculizado la deseada generalización de la descentralización sanitaria: cuando la transferencia aporta una reducción de la financiación respecto de lo que supone el coste efectivo en un momento dado, se produce una resistencia lógica —caso, por ejemplo, de Ca-

taluña— o bien a asumir la impopularidad política de reducir estándares sanitarios, o bien, simplemente, a postergar la solicitud de los trasposos. El falseamiento presupuestario del Insalud, infravalorando gastos y encubriendo déficit, ha aminorado parte del efecto anterior, proporcionando cierta holgura financiera en ambos supuestos; 3) el establecimiento de los distintos acuerdos de financiación caso por caso ha acentuado —y éste es el problema de Andalucía— la falta de correspondencia entre la financiación del gasto inversor y del gasto ordinario de financiación de los servicios.

Como consecuencia, para aquellas comunidades autónomas con transferencias sanitarias que ven comprometido en el proceso casi un 40 por 100 del gasto autonómico, el planteamiento actual de la financiación sanitaria —con la totalidad de recursos sometidos a redistribución— ha generado una presión financiera difícil de racionalizar.

INVENTAR FORMULAS

Los márgenes existentes hoy para buscar una solución técnica a los problemas de la financiación autonómica de la sanidad son muy escasos. La capacidad para «inventar» fórmulas redistributivas compatibles con las distintas realidades autonómicas es muy limitada. Más fácil resulta que cada comunidad busque una formulación que le resuelva sus necesidades financieras, a partir

siempre de la definición de determinadas variables ponderadas de modo «apropiado» y comúnmente «legitimadas» en alguna noción de «necesidad sanitaria». Dichas propuestas difícilmente pueden considerarse respuestas técnicas a los problemas financieros de la sanidad. Como apunta el Informe AES citado en la nota 2, «parametrizar el concepto de necesidad sanitaria implica siempre el juicio de alguien sobre los recursos que alguien más ha de recibir, al margen de la demanda (3) como expresión de las preferencias del consumidor... La pertinencia del concepto de necesidad sobre el de demanda se ha justificado tradicionalmente por la ignorancia del consumidor. Sin embargo, existe una percepción creciente de que ello restringe de manera excesiva e injustificada la capacidad de decisión y elección del consumidor... Para reequilibrar, la mejor alternativa parece ser hoy la de aumentar la capacidad de elección del consumidor».

Una solución siempre atractiva consiste en buscar la fórmula de potencial consenso («que alguien gane sin que nadie pierda»), minimizando la cantidad adicional de recursos que el Estado deba de aportar (de forma similar al acuerdo general de financiación autonómica de noviembre de 1986). Sin embargo, pese a que dicho ejercicio de investigación operativa requiera la técnica de programación lineal en la parametrización pretendida, sus resultados no pueden considerarse ni una respuesta técnica ni una solución definitiva. Tal como ha demostrado, por ejemplo, la instrumentación del reparto del FCI, este tipo de parametrizaciones *ad hoc* (4) fácilmente constituyen una salida hoy para un problema que puede resurgir mañana, quedando la financiación al albur de la evolución futura de las variables incluidas en la fórmula.

MAYOR REALISMO

Cualquier propuesta realista de reforma de la financiación autonómica de la sanidad (5) requiere hoy, posiblemente, separar la asignación de recursos que corresponda a la financiación ordinaria de los servicios transferidos de la que responda a objetivos de reequilibrio territorial, basados en nociones de equidad. La razón de ello estriba en que el gasto sanitario tiene: a) un componente exógeno a la propia gestión que desde las diferentes autonomías se pueda realizar (decisiones sobre retribución de plantillas y coste de medicamentos, en manos de la Administración central), y b) una fuerte rigidez «política» de estándares sanitarios a la baja (ausencia de efecto «marcha atrás»), dada su asociación a factores tales como nivel de bienestar, envejecimiento demográfico, etc. Por lo tanto, cualquier solución en la que los criterios redistributivos hayan de afectar a la totalidad de recursos

ha de ver cuestionada su aplicabilidad en la práctica (6).

La consignación de recursos se debería producir, a nuestro entender, a un doble nivel: 1) el relativo a la financiación del funcionamiento de los servicios existentes —ligado a una noción de coste efectivo o similar—, con un gradiente de estabilidad «a la ITAE» que ponga fin a los distintos maquillajes presupuestarios hoy presentes, y 2) el relativo al reequilibrio territorial, sobre la base de los criterios que en cada momento aparezca políticamente oportuno aplicar. Este último fondo quedaría vinculado de modo exclusivo a objetivos redistributivos, visualizando —al menos mientras la Administración central retenga la potestad tributaria— el esfuerzo financiero que la sociedad en su conjunto realiza en favor de la equidad interterritorial. En este sentido, debería verse en la desigual financiación *per capita* (distinto esfuerzo fiscal) entre comunidades autónomas, y no en un idéntico gasto *per capita*, la mejor garantía de dicha solidaridad.

En resumen, no aceptar que el consumo sanitario *per capita* difiera entre comunidades autónomas —como difiere, por ejemplo, entre regiones europeas—, forzando a la igualdad por el lado del gasto a través de la aplicación del criterio *capitativo* a la totalidad de los recursos sanitarios, es posiblemente hoy poco realista, posterga la solución efectiva de los problemas de la financiación autonómica de la sanidad e incentiva a «sacar ventaja» del embrollo presupuestario existente.

NOTAS

(1) Este es el supuesto pese a que no se debe ignorar que, en el caso británico, se trata de un Estado no autonómico y que las regiones sanitarias son unidades administrativas sólo desde el punto de vista sanitario, que no se corresponden con realidades históricas o sociales. Ello explica que los criterios normativos de reparto se basen en legislación ordinaria (como para el propuesto cambio hacia criterios *capitativos* hoy contenido en el *white paper* «Working for Patients»). Ello no parece que se corresponda con la realidad española y, por tanto, con la decisión —vía una ley ordinaria como la LEGSA— de establecer un marco de financiación para la sanidad al margen del régimen general establecido en la Ley Orgánica de Financiación (LOFCA).

(2) Como apunta el documento que para la Comisión Abril Martorell ha realizado recientemente la Asociación Española de Economía de la Salud (AES), en lo que se refiere a las desigualdades territoriales o geográficas y a las desigualdades personales o de acceso, «la LEGSA necesita definirse con más precisión si se pretende realmente que sean conceptos operativos y evaluables, y no mera retórica en el discurso político».

(3) O «necesidad expresada».

(4) Véase, por ejemplo, la nueva Ley del FCI (BOE de 28 de diciembre de 1990), para lo que se pueden considerar deficiencias en la dirección apuntada en el texto.

(5) Un análisis detallado de los criterios que aquí se resumen se incluye en «El financiamiento autonómico de la sanitat: Diagnosi i prognosi dels seus problemes», *Revista d'Economia de Catalunya*, septiembre 1991.

(6) Esta es, por lo demás, la interpretación correcta de la fórmula RAWP. De modo previo a la entrada en operación de los criterios RAWP, las regiones ven garantizados los aumentos que sobre los niveles de financiación anteriores suponen los *cash limits* (incrementos básicamente salariales decididos por la autoridad sanitaria central), y que se consideraran, en todo caso, financiación vinculada. Es al exceso de recursos aplicados a la sanidad, en relación al agregado de financiación vinculada, al que se aplican los criterios normativos de distribución. Aun en este caso, se fijan límites a los márgenes de aumento o disminución resultantes de la fórmula (± 4 por 100, aproximadamente), ya que se considera no deseable o infactible para la gestión de los recursos sanitarios la superación anual de dichos márgenes.