

## **La financiación sanitaria autonómica.**

### **Bases para una propuesta<sup>i</sup>**

Juan M. Cabasés  
Departamento de Economía  
Universidad Pública de Navarra

---

<sup>i</sup> Una versión anterior de este trabajo fue presentada a la II Asamblea General de la Asociación Española de Economía Pública, celebrada en Madrid, 18-19 de Diciembre de 1997, y se ha beneficiado de los comentarios del debate en sus sesiones.

## **Resumen**

Se analizan las novedades recientes en el debate sobre financiación territorial sanitaria: el nuevo modelo de financiación autonómica para el quinquenio 1997-2001, y la nueva RAWP, fórmula inglesa de reparto financiero sanitario y el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de Noviembre de 1997 estableciendo un mecanismo de financiación de la sanidad de la Seguridad Social para el cuatrienio 1998-2001. La discusión sobre financiación autonómica de la sanidad es un asunto donde el consenso deviene crucial, y éste ha de empezar por un acuerdo de principio ético. Consideramos que el principio es la igualdad de oportunidades. Nuestra propuesta consiste en profundizar en la corresponsabilidad fiscal incorporando la sanidad a la financiación autonómica general. En este nuevo marco, habrá que diseñar los mecanismos de garantía que permitan el logro de los objetivos de la Ley General de Sanidad. Quedan, así, establecidas, las bases para una agenda de trabajo para elaborar el acuerdo del año 2001.

**Palabras clave:** Financiación, Región, Sanidad, Clasificación JEL: H51, I118.

## Introducción

La financiación autonómica de la sanidad se ha convertido en uno de los aspectos más controvertidos del proceso de descentralización que se inició en España en 1978. Por su importancia cuantitativa, pues presupuestariamente representa en torno al 36% del total de la aportación del Estado a la financiación de las Comunidades Autónomas que han transferido los servicios de Insalud (Sanfrutos, 1996); por las especificidades de cada uno de los acuerdos de traspaso de servicios, que dieron lugar a una percepción de agravios comparativos entre Comunidades; por la insuficiencia financiera crónica, que ha llevado a la práctica perversa del deslizamiento de deudas hacia ejercicios posteriores y a una extendida práctica de indisciplina financiera; por la forma de participación de las Comunidades Autónomas en las desviaciones presupuestarias, a partir de las que se generan en Insalud-Gestión Directa, que sólo gestiona hoy el 38% del total del presupuesto pero ha venido decidiendo las desviaciones de todo el sistema; por la ausencia de un marco de referencia de crecimiento de los créditos, al no haber sido de aplicación a este sector la LOFCA; así como por la percepción de una aparente contradicción en el articulado de la propia Ley General de Sanidad en relación al criterio de equidad proclamado, de acceso a la asistencia sanitaria pública en condiciones de igualdad efectiva, corrigiendo los desequilibrios territoriales y sociales, y la fórmula de la distribución capitativa pura establecida para su consecución.

Todo ello explica, en parte, la inquietud que genera entre los responsables de las finanzas estatales, que ven en la sanidad una amenaza permanente a la satisfacción de los objetivos de control del déficit público, y el recelo de los responsables de las Comunidades Autónomas, que sufren las consecuencias de la infrapresupuestación y la necesidad de acudir a operaciones de saneamiento frecuentes, y reclaman un trato más justo que permita ofrecer los servicios sanitarios a sus ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva, enfatizando para cada comunidad las variables que han de ponderar a la población para permitir un presupuesto suficiente.

El cambio introducido en 1994 a raíz del acuerdo en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera en el que se estableció el procedimiento a seguir durante el período 1994-1997 supuso un notable avance por cuanto estableció, por primera vez, un referente de crecimiento del gasto sanitario de la Seguridad Social, el crecimiento del PIB nominal, a partir de bases reales de gasto, -la liquidación presupuestaria del año 1993 incorporando la deuda pendiente-, y poniendo dificultades al recurso a la ampliación presupuestaria. Aplicó directamente la Ley General de Sanidad (art. 82) al establecer la población protegida de cada Comunidad Autónoma como criterio de reparto. El único ajuste reconocido a la población fue la consideración de pacientes desplazados, inclusión que se estableció de manera ad hoc, sin justificar el reparto realizado por este concepto.

Subsisten, sin embargo, algunos problemas que han vuelto a ponerse de manifiesto con motivo de la discusión de la revisión del acuerdo para el establecimiento de uno nuevo para el período 1998-2001. Como afirmábamos en otro lugar (Cabasés y Martín, 1997), el éxito o fracaso del acuerdo dependía de la capacidad de adaptarse a la restricción presupuestaria por parte de Insalud y las CCAA y de la credibilidad que inspirase la medida. No parece que esto haya ocurrido, si se observan las cifras de evolución del gasto sanitario público reciente, por encima de los incrementos del PIB (Ortún, 1998).

El criterio capitativo simple no es siempre considerado por los responsables sanitarios autonómicos como suficientemente equitativo, que sugieren la incorporación de variables de ajuste, aunque no existe acuerdo sobre cuáles han de ser. El referente más notable, la fórmula RAWP inglesa, ha sido recientemente revisada para ser aplicada a las áreas en vez de a las regiones, lo que ha redundado en una sofisticación adicional en las variables de necesidad relativa que, sin embargo, siguen basándose en la utilización de servicios, en ausencia de medidas fiables de morbilidad. Por último, la nueva situación no ha significado un traslado efectivo de riesgos a los responsables de las CCAA que, en última instancia, recaen en el gobierno central (aunque las CCAA participan financieramente en las operaciones de saneamiento) . Esto puede ser una consecuencia del mecanismo de reparto, basado en las transferencias de gasto, sin responsabilidad autonómica sobre los ingresos.

Hay problemas de fondo insuficientemente abordados hasta ahora. La ausencia de un fundamento teórico que apoye los mecanismos de reparto utilizados o propuestos dificulta su evaluación. Haber seguido una línea paralela a la del resto de los servicios públicos, sin el referente normativo de la LOFCA, deja abierta la posibilidad a cualquier propuesta de variables a incluir en la fórmula de reparto, dificultando el logro del consenso.

El problema de la financiación sanitaria autonómica es, resumidamente, el de establecer un mecanismo de distribución que sea teóricamente sólido, concite el consenso entre las partes afectadas y ofrezca una interpretación de la LGS capaz de resolver la aparente contradicción de su articulado. (Calsamiglia, 1992). Tal mecanismo ha de satisfacer a un tiempo los principios de suficiencia y equidad y respetar la autonomía de decisión de las Comunidades Autónomas. (López Casanovas et al., 1992).

El método de financiación de las CCAA ha sido también modificado recientemente para hacer efectivo el precepto constitucional de la autonomía financiera de las CCAA para el ejercicio de sus competencias, con arreglo a los principios de coordinación y de solidaridad. Además, como resultado de la negociación política y sindical se ha establecido la separación de las fuentes de financiación de las prestaciones sociales, de forma que las prestaciones universales, como las sanitarias, se financiarán en el año 2000 con impuestos. Existe la previsión de transferir los servicios sanitarios de Insalud a todas las CCAA para ese año. Aunque es improbable que se

cumplan estos plazos, dicha transferencia forma parte de la agenda de transferencias pendientes a desarrollar próximamente.

Asistimos, por tanto, al momento en que, al agotamiento definitivo del modelo LOFCA, debido en parte a su incapacidad para hacer responsables a las CCAA. de sus decisiones financieras, se une la desaparición de las cotizaciones como fuente financiera de la sanidad. La nueva LOFCA revisada ofrecerá un marco de responsabilidad financiera a las CCAA., trasladando efectivamente riesgos a su gestión de los servicios públicos transferidos. Este es el marco en el que previsiblemente se insertará definitivamente la financiación sanitaria. Las tres notas que lo caracterizan son: a) corresponsabilidad fiscal, con capacidad normativa de las CCAA en algunos impuestos; b) garantía de nivelación de servicios públicos fundamentales al nivel medio o, en clave sanitaria, catálogo de prestaciones garantizado; y c) (en su versión actual) garantía para cada comunidad de la financiación capitativa, al menos en un 90% de la media.

En este trabajo se desarrollan los aspectos mencionados. En primer lugar, se revisa la situación del debate sobre la financiación autonómica en España y el nuevo marco establecido en el acuerdo del CPFF para el periodo 1997-2001 y se comenta su aplicabilidad a la financiación sanitaria. Se analiza a continuación una propuesta reciente de reparto, la actualización de la fórmula RAWP y su aplicación en España. La sección siguiente aborda los criterios de financiación sanitaria autonómica, a la búsqueda de un fundamento teórico que posibilite la valoración de propuestas por su adecuación a los principios. Se realiza, a continuación, una exposición y un comentario al acuerdo del CPFF de 27 de Noviembre de 1997 sobre financiación sanitaria. Finalizamos con unas conclusiones en la que se establecen las bases para una propuesta de mecanismo de financiación basado en la incorporación al sistema LOFCA con corresponsabilidad fiscal.

## **1.- La reforma de la financiación autonómica**

El acuerdo del CPFF de septiembre de 1996 estableciendo el método por el que se regirá la financiación de las comunidades de régimen común en el quinquenio 1997-2001 avanza en el criterio de autonomía financiera de las CCAA para el desarrollo y ejecución de sus competencias con arreglo a los principios de coordinación con la Hacienda estatal y de solidaridad entre todos los españoles, previsto en el art 156 de la Constitución, Finaliza, así, el modelo LOFCA original fundamentado en las transferencias del Estado de los recursos necesarios para cubrir el coste de los servicios transferidos, estimado a partir de una serie de variables, entre las que el peso de la población en las CCAA del art.151 representaba el 96% (el 64% en las del art. 143).

El nuevo modelo introduce la corresponsabilidad fiscal, una nueva figura que se basa en una extensión del concepto de impuesto cedido, por la que siendo el titular el Estado, transfiere a la Comunidad Autónoma la capacidad normativa sobre la totalidad o una parte del impuesto. Esta potestad normativa se extiende más allá del tramo autonómico establecido del IRPF

(15%, extensible al 30% cuando se haya producido la transferencia de los servicios de educación no universitaria, prevista para 1998), a los tributos cedidos (en la actualidad, los impuestos sobre el Patrimonio Neto, Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, Sucesiones y Donaciones, y los tributos sobre el juego, aunque se ha abierto un debate sobre la posible cesión de los impuestos “al pecado”, los impuestos especiales sobre alcohol y tabaco, con un posible destino finalista para la sanidad). Las transferencias del Estado mencionadas (la denominada Participación en los Ingresos del Estado, PIE), pierden su vinculación con las variables que servían de base para su cálculo, al pasar a obtenerse como un residuo del cálculo en el nuevo modelo, y se limitan a la función de nivelación interna del sistema.

El principio de suficiencia establecido en la LOFCA, complementario de los de autonomía y solidaridad, se trata de garantizar creando un instrumento de solidaridad y estableciendo las asignaciones para la nivelación de los servicios públicos fundamentales (desarrollo del artículo 15 de la LOFCA). El instrumento es un Fondo de Garantía, que pretende actuar preventivamente respecto a tres potenciales desequilibrios: a) que el nuevo mecanismo genere una menor financiación o presente una senda irregular en la misma que cree dificultades temporales; b) que haya una pérdida del potencial financiero de alguna Comunidad Autónoma; y c) que se mantenga la diferente estructura de ponderaciones de las variables que forman la PIE entre los dos bloques de CCAA, una vez que se produzca las transferencias de servicios (educativos) previstas y, en concreto, la diferente ponderación de la variable población.

Se establece, así, la cobertura de tres garantías. Primero, un límite mínimo de evolución de los recursos de la tarifa complementaria del IRPF y, en su caso, la participación territorializada en dicho impuesto, igual, al incremento del PIB nominal en el quinquenio. Segundo, como garantía de suficiencia dinámica, se garantiza a cada Comunidad Autónoma que el incremento de sus recursos computables<sup>ii</sup> no será inferior al 90% del incremento que experimenten los recursos computables del conjunto de las CCAA.

Tercero, para garantizar la cobertura de la demanda de servicios públicos, se trata de disminuir las diferencias que puedan existir entre las CCAA en la financiación por habitante, una vez que se haya producido el traspaso de los servicios de educación a las CCAA del art.143, justificándose esta aproximación en que no puede ignorarse que los servicios públicos tienen por destinatarios a los ciudadanos. Esta garantía se concreta en que, en el último año del quinquenio, la financiación por habitante que disfrute la

---

<sup>ii</sup> Por recursos computables se entiende la suma de los derivados de la participación en ingresos del Estado, el tramo autonómico del IRPF y la participación en los ingresos territoriales del mismo. A estos efectos, el rendimiento de la tarifa complementaria del IRPF se computará considerando igual normativa, respecto a tipos y deducciones, que la establecida en la ley del impuesto para el caso que no se ejercite por la Comunidad Autónoma la potestad normativa. En caso contrario, se determinará teóricamente el rendimiento que se obtendría por dicha tarifa aplicando la citada normativa recogida en la ley del impuesto.

Comunidad Autónoma, por todos los mecanismos del sistema, no podrá ser inferior al 90% de la financiación media por habitante del conjunto de las CCAA.

La aplicación de estas garantías será gradual, comenzando por la del límite mínimo de evolución de los recursos por IRPF y, a partir de su resultado se establecerá la posición relativa de las CCAA a efectos de las otras dos, que serán mutuamente excluyentes, aplicándose la de mayor cuantía.

### ***La incorporación de la sanidad al modelo LOFCA revisado***

El acuerdo de financiación autonómica para el quinquenio 1997-2001, aunque no considera la posibilidad de incorporación de la sanidad al sistema durante el quinquenio, ofrece, sin duda, una nueva perspectiva al debate sobre la financiación sanitaria autonómica, al aunar los criterios de responsabilidad fiscal y garantía de cobertura de la demanda de servicios públicos, asentados sobre dos principios constitucionales, la autonomía y la solidaridad. Constituye una propuesta de traslado efectivo de riesgos a las CCAA, e incorpora una definición operativa de suficiencia relativa, estimada objetivamente. Supone un cambio fundamental de los términos en que se ha venido desarrollando el debate sobre la financiación sanitaria autonómica. Deja de tener relevancia la búsqueda de variables de ajuste poblacional, cuyo impacto pasaría a ser de carácter residual.

La incorporación de la financiación sanitaria a la LOFCA es, además, el escenario más probable a medio plazo, una vez que desaparezcan las cotizaciones como fuente de financiación sanitaria y que se produzca el traspaso de competencias de los servicios de Insalud a todas las CCAA, ambas previstas en el horizonte del año 2000.

Si asumimos la estabilidad temporal de los mecanismos de garantía previstos en el acuerdo cabría sugerir, como vía de aproximación a la convergencia con el resto de los servicios públicos de aquí al año 2000, el acercamiento paulatino hacia la distribución capitativa de los recursos financieros, no sólo los referidos a los procedentes del Insalud, sino del total de los recursos públicos computables, en el sentido expresado más arriba. Ello debería ir acompañado de la pérdida del carácter finalista de la financiación territorial del Estado a la sanidad, integrándose en el bloque de la financiación incondicionada. Paralelamente, habría que ir buscando los indicadores de acceso a nivel subautonómico que permitan conocer el grado de cumplimiento del objetivo de equidad establecido en la Ley General de Sanidad, a cuyo fin sirve el instrumento financiero que se establezca.

En la parte vigente del modelo LOFCA que el nuevo acuerdo ha mantenido, el método de cálculo de la PIE, la hipotética incorporación de la sanidad podría sugerir la consideración de otras variables de ajuste, algo previsto en la ley, puesto que no considera exhaustivas las variables que cita, teniendo en cuenta, además, que las actualmente aplicadas son fruto más de la negociación política que de resultados basados en criterios objetivos y que

ya hay propuestas de inclusión de otras variables para subprogramas como la educación. Los resultados de la aplicación de un modelo de programación lineal a la sanidad como el utilizado en la LOFCA, indican que la razón estandarizada de mortalidad (5%), además de la población (95%), son las variables que el modelo de suficiencia (nadie pierde), sin forzar la participación de variables, selecciona para el reparto del gasto (Rico, A y P. Rubio, 1996). La incorporación de ésta u otras variables de ajuste pertenecen al debate sobre la medida de la necesidad relativa, al cual nos referimos en la discusión sobre la fórmula RAWP en su versión revisada de 1994.

## **2.- La revisión de la fórmula RAWP**

La fórmula RAWP se ofrece como un instrumento para garantizar la equidad en el NHS, entendida como la igualdad de acceso de acuerdo a la necesidad, independiente de factores tales como la edad, sexo, origen étnico, ocupación, clase social y lugar de residencia. La fórmula RAWP se concibió en 1976 (DHSS, 1976) como un mecanismo de capitación ponderada con el fin de lograr un reparto territorial de recursos financieros que satisficiese el objetivo de garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios para igual necesidad. Los recursos son distribuidos entre las autoridades sanitarias sobre la base de las necesidades relativas de sus poblaciones, es decir, cualquier ponderación que incremente la población nocional de un área se ve compensada con una reducción en otras.

Idealmente, un análisis de la necesidad relativa de servicios sanitarios debería basarse en datos de morbilidad susceptible de ser tratada por los mismos. La historia de la fórmula RAWP es la del reconocimiento de la imposibilidad de contar con la información adecuada sobre morbilidad y la búsqueda de medidas proxy de la misma. La utilización de servicios es la medida escogida para predecir la necesidad relativa. Ello implica aceptar que los patrones asistenciales existentes son satisfactorios y que las necesidades de todos los grupos asistenciales se ven reflejadas por igual en las medidas de utilización que se empleen, lo cual no ocurre en la práctica, pero la información disponible impide aproximaciones alternativas a ésta. En su última revisión (Carr-Hill et al. 1994, House of commons, Health Committe, 1996), cuyo objetivo no es distribuir fondos a las 14 regiones, sino a los 100 distritos, cuyo tamaño tiene un rango entre 125.000 (Isla de Wight) y 1.008.000 (Birmingham) habitantes, con una media de unos 400.000 habitantes, la necesidad relativa se estima como función de tres factores: la estructura de edades, las necesidades sanitarias locales y la diferencia en costes de los servicios sanitarios en algunas zonas del país. Se aplica a todo el presupuesto, tanto corriente como de inversión (versiones anteriores no incluían las operaciones de capital).



La nueva RAWP logra separar los efectos de la oferta existente de los efectos de la necesidad sobre la utilización, mediante un modelo de demanda simplificado. El modelo destaca los determinantes de la demanda sanitaria, que son de dos tipos: Las necesidades sanitarias de la población y la oferta de servicios existente. Las primeras se interpretan como compuestas por variables de estado de salud y de otros determinantes sociales de demanda sanitaria. La oferta tiene un doble efecto de signo contrario sobre la demanda: como restricción al exceso de demanda limitando la cantidad, y como inducción de demanda. A su vez, parte de las variaciones en la oferta se ven influidas por la utilización pasada y por las necesidades, además de por otros factores socioeconómicos (factores que probablemente condicionaron la financiación en períodos anteriores), por lo que la oferta es una variable endógena del modelo. El modelo incorpora la determinación simultánea de la utilización y la oferta, utilizando el método de los mínimos cuadrados bietápico.

Para aislar los efectos de la oferta sobre la utilización en las áreas, se introduce el concepto de utilización normativa, como aquella atribuible exclusivamente a la necesidad. Esta es la base del cálculo del primer ajuste, por estructura de edades, que trata de captar los costes de los episodios de ingreso hospitalario por cada especialidad para los diferentes grupos de edad. Se estima el coste medio anual para el NHS de una persona en cada grupo de edad (8 en total, con 3 en la banda alta, 65-74, 75-84 y más de 85 años) y se aplica a la población del distrito correspondiente para obtener una población ponderada. No obstante ser el elemento de ajuste aparentemente menos problemático, presenta limitaciones, tanto de estimación como de aplicación. Dos estimaciones realizadas por dos vías, los responsables del NHS y los encargados de la revisión de la fórmula, no coincidían en las curvas de costes de algunos servicios. Se pretendió, sin éxito, calcular los costes para cada especialidad y grupo de edad, de modo que, por ejemplo, no se valorase igual un ingreso en un mismo servicio de un anciano y de un joven que, con menos tiempo de estancia, hubiese generado mayores costes debido a la intensidad de servicios recibidos. La población utilizada fue la censal, que es decenal, con las actualizaciones anuales, lo que plantea problemas, en ocasiones importantes por infradeclaración en áreas urbanas (huyendo de impuestos locales).

Los indicadores adicionales de necesidad relativa, obtenidos a partir de la aplicación del modelo a una muestra de utilización hospitalaria en áreas pequeñas de no más de 9000 habitantes, distinguen entre utilización de agudos y de procesos mentales. Para los primeros, la utilización es función de la razón estandarizada de mortalidad en menores de 75 años (esta fue la única variable incluida en la versión inmediatamente anterior de la fórmula), incapacidad crónica en menores de 75 años, porcentaje de desempleados, porcentaje de pensionistas que viven solos y porcentaje de personas dependientes en hogares monoparentales. El índice para el sector psiquiátrico incluye otras variables que enfatizan algo más las situaciones de dependencia y aislamiento. Otras variables consideradas, relacionadas con el nivel socioeconómico estaban muy correlacionadas con las anteriores,

quedando entonces excluidas. La dispersión geográfica de la población no se incluyó por dificultades de información<sup>iii</sup>.

El tercer factor de ajuste es el que pretende compensar por variaciones geográficas inevitables en el coste del personal no facultativo, edificios y terrenos (Market Forces Factor). Establece cuatro zonas de coste en el país. Para evitar las actuaciones estratégicas, que pudieran generar un círculo vicioso de mayor necesidad de fondos para cubrir costes de personal crecientes debido a decisiones locales, se homologan las profesiones sanitarias con otras de la clasificación general de ocupaciones y se aplican las retribuciones de éstas para obtener las ponderaciones para el personal del NHS. El índice resultante para cada grupo profesional es ponderado según la proporción de gasto sanitario público destinado a cada grupo, excluyendo la contratación externa. La no inclusión del personal facultativo se justifica por no encontrarse sujetos a las mismas presiones del mercado que el resto. Para las diferencias de coste en los edificios y terrenos, se utilizan los costes específicos por distritos. No se incluyen diferencias de costes en equipamiento. Las críticas a la utilización de este factor son tales que el gobierno ha decidido revisarlo completamente. Son críticas a la metodología, ligadas, en primer lugar, a la elección del comparador para ponderar al personal, a la no consideración del efecto probable sobre el coste de la dispersión geográfica, de la dificultad de atraer personal hacia zonas rurales y su mayor rotación, y de los desplazamientos en dichas zonas.

Una cuestión adicional es la aplicación de la fórmula. En principio, no hay un plazo establecido para alcanzar el objetivo. Se establece una cautela genérica consistente en garantizar la continuidad y la estabilidad de la asistencia en todos los distritos. La idea es que su implantación no sea tan rápida que dificulte seriamente la gestión de los que pierden dotación, ni tan lenta que sea imperceptible. Se interpreta más bien como un referente hacia el que ir, que irá modificándose con el tiempo a una con la evolución de la fórmula.

La nueva fórmula RAWP ha sido aplicada a España por Rico y Rubio (1996). Los resultados son redistributivos en el sentido de dar mayores dotaciones a las CCAA menos favorecidas en su desarrollo económico.

---

<sup>iii</sup> Una novedad de la aplicación de la componente necesidad relativa es que tan sólo se aplica al 76% del presupuesto sanitario público (64% al índice de agudos y 12% al índice psiquiátrico), dejando el resto sin esta ponderación. El argumento del gobierno es que el resto del presupuesto corresponde a retraso mental, servicios comunitarios y servicios de administración, diferentes de los servicios que dan lugar a las ponderaciones. Este argumento es criticado por los autores de la fórmula, que sugieren se pondere en su totalidad el presupuesto, pues los gastos citados son probablemente proporcionales a la actividad hospitalaria.

### 3.- Principios para la financiación sanitaria autonómica

La necesidad de alcanzar un consenso obliga a buscar, si existe, el fundamento normativo común a todos los agentes. La protección de la salud como un derecho, y no como un privilegio, hunde probablemente sus raíces en el principio de igualdad de oportunidades. Estamos obligados a proveer la atención sanitaria a quien la necesita para proteger la igualdad de oportunidades para el éxito, dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como su raza, género, religión, edad o estado de incapacidad (Daniels, 1985). Entendida en su aspecto positivo, la igualdad de oportunidades impone la obligación, no sólo de evitar que las características individuales interfieran en el desarrollo de las capacidades, sino de eliminar activamente las situaciones o dotaciones desiguales de partida, generadas históricamente. La atención sanitaria tiene como función mantener a los individuos en un estado funcional lo más normal posible. La disfunción provocada por la enfermedad restringe el acceso a las oportunidades de la vida. La atención sanitaria, al proteger nuestra capacidad funcional, protege las oportunidades. De ahí puede surgir la obligación de hacer de la sanidad un servicio accesible a todos (Daniels, Light y Caplan, 1996). Este es probablemente el fundamento ético que justifica la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria pública establecida en la Ley General de Sanidad.

La idea de igualdad en las oportunidades ha recibido últimamente una atención renovada en la literatura teórica sobre equidad y justicia distributiva (Arneson, 1989, Fleurbaey, 1992, Roemer, 1996), Aplicada al contexto de salud, esta idea puede expresarse así: los agentes deben tener iguales oportunidades para alcanzar similares índices de salud. Aplicado al debate autonómico sanitario, ello implica que las desigualdades interterritoriales que deben ser corregidas, de acuerdo al artículo 81 de la LGS, son las de *dotaciones iniciales* o recursos de los que cada comunidad vaya a disponer, aun cuando el nivel de salud final que puedan alcanzar unas y otras, para cualquier índice que se considere, pueda ser diferente, no sólo según el índice seleccionado, sino también según el grado de eficiencia con la que opere el sistema regional de salud, y el tipo de programas que se implante en cada comunidad.

En un sistema descentralizado serán consideradas como aceptables las desigualdades resultantes del ejercicio de la libertad de elección, principalmente la oferta adicional sobre los servicios previamente definidos como exigibles por todos (catálogo de prestaciones), consecuencia de las prioridades establecidas en la región sobre sus propios presupuestos regionales. Respecto a las desigualdades de bienestar (salud), serán aceptables aquellas de entre las imputables a la asistencia sanitaria (algo difícil, si no imposible, de estimar), que sean fruto de las diferencias en la actuación gestora de los SRS, a partir de dotaciones iguales (supuesto que el mecanismo financiero garantiza la igualdad de oportunidades para la salud).

La propuesta basada en la igualdad de oportunidades es, por tanto, *ex-ante*. No hay que olvidar las dificultades prácticas de establecer un compromiso irrevocable en nuestras sociedades modernas, como afirma Más Colell (1994), que exhiben un impulso altruista *ex-post* que les llevará a tender las situaciones de necesidad relativa que hayan podido surgir de una gestión deficiente de los servicios en una región. Un mecanismo de asignación territorial de recursos sanitarios debería contemplar esta posibilidad, introduciendo garantías de mínimos, de nivelación u otras que impidan situaciones consideradas socialmente indeseables, sin quebrar el principio de igualdad de oportunidades o, en otros términos, sin merma de los incentivos para una gestión eficiente.

Una vez definido el criterio de equidad, –el acceso a unos servicios garantizados para todos–, surgen las necesidades financieras para su satisfacción y la consiguiente búsqueda del mecanismo financiero adecuado para atenderlas, es decir, el criterio de la suficiencia. La suficiencia es, por tanto, una consecuencia de la aplicación del criterio de equidad elegido. La financiación ordinaria de la sanidad es precisamente aquella que sirve al objetivo de acceso a los servicios sanitarios públicos garantizados. La financiación extraordinaria es la que se requiere para igualar las dotaciones iniciales en términos relativos de modo que, incorporando las diferencias en necesidad, situemos a todas las regiones en un punto de partida igual. La elección de la línea -distribución vía gasto o vía ingresos dependerá de otros factores, como el grado de autonomía deseado. El mecanismo debe garantizar en todo caso la adecuación entre necesidad de gasto y capacidad para financiarlo o, la igualdad para todas las regiones de la diferencia entre necesidades de gasto y su capacidad para financiarlo (López Casanovas et al. 1992). Aquí entran en juego los supuestos diferenciales, o ajustes por necesidad relativa, que serán considerados más adelante al comentar el nuevo modelo recientemente aprobado .

#### **4.- La financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001**

El acuerdo alcanzado por el CPFF el 27 de Noviembre de 1997 establece un nuevo modelo de financiación para el cuatrienio 1998-2001, que mantiene los criterios aprobados en el acuerdo de 1994, es decir, el criterio de la población protegida como base de la distribución de recursos (actualizada según el padrón de 1996) y la actualización del presupuesto en términos de la evolución del PIB nominal (aunque al coste de los factores), pero introduce novedades al crear un segundo fondo para atender las necesidades financieras adicionales de las CCAA cuya población protegida ha disminuido relativamente, las actividades docentes de formación de especialistas, y la atención hospitalaria a pacientes desplazados.

Incorpora también novedades en la generación de recursos financieros para hacer frente a estos dos fondos, parte de los cuales habrán de lograrse en la

lucha contra el fraude en las situaciones de incapacidad transitoria. También prevé la posibilidad de contar con recursos adicionales como consecuencia de la aplicación de medidas de racionalización del gasto en el capítulo de farmacia. El montante total financiero para la sanidad de la Seguridad Social queda, por tanto, abierto. Analicemos brevemente las características principales del acuerdo.

El acuerdo destaca que el modelo del cuatrienio anterior, 1994-97, pese a suponer un importante avance, no alcanzó los objetivos perseguidos. Además, nuevas cuestiones se han puesto de manifiesto, como la insuficiencia relativa del gasto sanitario respecto a nuestro entorno geográfico, los desajustes en el gasto social asociado a la prestación sanitaria y la necesidad de racionalizar la adscripción de los recursos a determinados programas de gasto.

La reforma que se plantea pretende abordar cinco cuestiones: Garantizar la suficiencia financiera de partida para el año 1998; la distribución de los recursos, tanto entre administraciones gestoras como en su asignación a fondos finalistas para la cobertura de programas específicos de gasto; garantizar la suficiencia dinámica para eliminar las tensiones presupuestarias a lo largo del cuatrienio, adecuando la capacidad financiera a las necesidades de gasto; establecer objetivos de ahorro en el gasto sanitario para alcanzar un nivel adecuado de prestaciones; por último, la adopción de medidas tendentes a conseguir niveles óptimos de utilización de servicios con el fin de eliminar el consumo innecesario desde el punto de vista de la mejora en la salud.

Se definen siete principios básicos del nuevo sistema de financiación de la sanidad:

1º.- Suficiencia estática. Que el volumen inicial de recursos responda a las necesidades reales de gasto del sistema.

2º.- Homogeneidad distributiva: El criterio de distribución de los recursos debe tener validez universal.

3º.- Suficiencia dinámica: La regla de evolución de los recursos trata de garantizar la cobertura del crecimiento del gasto sanitario en cada uno de los ejercicios del cuatrienio.

4º.- Satisfacción de la demanda de servicios: Tanto respecto a su prestación en régimen normal, como a la que sea necesaria por razones de demanda de naturaleza específica.

5º.- Eficiencia en la aplicación de los recursos: Exige el establecimiento de planes de control del gasto encaminados a eliminar el fraude.

6º.- Equidad en la distribución de los costes del sistema: Garantizar una adecuada correspondencia entre determinados gastos del sistema y el cumplimiento de los fines de atención a la salud que le son propios, introduciendo las medidas de racionalización del gasto que resulten más efectivas.

7º.- Equilibrio financiero: Garantizar que la incidencia en la financiación de la variable de distribución (población protegida) no pueda sobrepasar determinados límites, para asegurar la capacidad de financiación sin

oscilaciones significativas. Se interpreta así: La pérdida de financiación como consecuencia de la variación en la población protegida no podrá suponer, para cada administración gestora, más del 0.25% de sus recursos asignados en el proyecto de Presupuestos de 1998. Esta garantía recibe el nombre de modulación financiera.

Para garantizar la suficiencia de partida se determina una masa de recursos para 1998, el primer año del período, superior a la que resultaría de aplicar el modelo de 1994, compuesta de diferentes partidas con orígenes y destinos específicos. La cantidad total es tan solo una estimación, pues buena parte de esos recursos adicionales provienen de los ingresos esperados de la lucha contra el fraude en la incapacidad temporal (IT) y de los ahorros resultantes de las medidas de racionalización del gasto farmacéutico, a través de la ampliación de la lista negativa de medicamentos y la negociación de descuentos con las compañías farmacéuticas.

La distribución de recursos atiende a dos criterios diferentes: la garantía de suficiencia para cada una de las administraciones gestoras y la garantía de suficiencia de las finalidades o programas de gasto específicos (modulación financiera, docencia y desplazados). Se establecen para ello dos fondos:

a) El fondo general, destinado a la cobertura de las prestaciones generales. Su dotación asciende a 3.769.396 millones de pts, resultantes de añadir 50.000 millones de pts a la cantidad prevista en el proyecto de Presupuestos Generales del Estado. De esta última cifra, 40.000 millones corresponden a la aplicación de medidas de lucha contra el fraude en la IT. La distribución territorial se realiza siguiendo el criterio de la población protegida (descontando de la población de derecho en 1996 la correspondiente a MUFACE, ISFAS y MUGEJU). El fondo podría verse incrementado en la cantidad de 65.000 millones de pts, en concepto de ahorros en el gasto farmacéutico, que irían a nutrir las cantidades a destinar a la sanidad. En principio, se ha previsto un reparto capitativo de este incremento, aunque se menciona la posibilidad de que el reparto sea función del esfuerzo de ahorro de cada Administración gestora, dejándose a los convenios con cada una.

b) El fondo de atenciones específicas, dotado con 68.000 millones de pts, de las cuales 20.000 se destinan a la garantía de modulación financiera y 48.000 a la financiación de los gastos extraordinarios originados por docencia y asistencia hospitalaria a los residentes en otros territorios. La distribución de este último epígrafe del fondo destina el 50% a Cataluña y el 25% a Andalucía, sin ofrecer estudios que justifiquen este reparto.

Una vez establecido el mecanismo para el primer año, la aplicación del principio de suficiencia dinámica prevé que ambos fondos evolucionarán durante el periodo 1998 a 2001, según el índice de incremento del PIB nominal a coste de los factores.

Una primera valoración del acuerdo permite concluir que, en esencia, se mantienen los fundamentos del modelo establecido para el cuatrienio

anterior, cuya aportación se comenta más arriba. Introduce dos novedades reseñables, la ampliación presupuestaria tan reclamada por las CCAA y la creación de un fondo finalista para programas específicos.

La dotación presupuestaria adicional parece haber satisfecho a las CCAA, que han aprobado el acuerdo. Este incremento, sin embargo, no garantiza la suficiencia en un sector como el sanitario, "open ended", que no logra controlar sus incrementos de gasto, debido a las características intrínsecas al propio mercado sanitario, con múltiples relaciones de agencia que hacen imposible la firma de contratos completos, dejando los derechos residuales de decisión y control en manos de los profesionales sanitarios, que no tienen responsabilidad financiera de sus actos. La historia reciente nos informa de que el gasto sanitario público ha crecido sistemáticamente por encima del PIB en España y la primera vez que se ha tratado de ajustar el crecimiento a esta variable, en el cuatrienio 1994-97, no se ha conseguido. Esto puede deberse al escaso grado de compromiso adquirido por los responsables autonómicos, que han podido instalarse en la indisciplina de gasto confiando en operaciones de saneamiento como las habidas en estos años. El acuerdo que comentamos añade poco a esta situación. Parece aceptar la insuficiencia tradicional presupuestaria y establece la suficiencia para hacer frente a las necesidades reales de gasto como si éstos fueran estimables objetivamente. No introduce una mayor corresponsabilidad financiera de las CCAA con servicios de Insalud transferidos, a excepción de la generación de ahorros y colaboración en la lucha contra el fraude.

La dotación de un segundo fondo para gastos corrientes de programas específicos podría plantear problemas a la estabilidad del acuerdo pues es previsible una reacción por parte de los menos favorecidos por este fondo en favor de su incorporación plena al primero. Convendría analizar la justificación de este segundo fondo.

Lo primero que hemos de establecer es las condiciones de existencia de supuestos diferenciales que justifiquen un fondo aparte. Su existencia depende, en parte, del mecanismo financiero escogido. La Ley General de Sanidad y, en consecuencia, el acuerdo que comentamos, han optado por uno de ellos: el mecanismo de la financiación capitativa (población protegida no ajustada). Podemos decir que existe supuesto diferencial siempre que el mecanismo de financiación capitativa no pueda internalizarlo. Por ejemplo, la existencia de pacientes desplazados es internalizable por el mecanismo capitativo si se establece un sistema de pago intercomunitario para los servicios provistos fuera de la región (cuestiones aparte serían las de administración de este sistema, los precios a establecer, etc.).

En segundo lugar, la necesidad diferencial se define a partir del criterio de acceso definido previamente, y no del status quo. En otros términos, el mecanismo financiero no reconoce situaciones previas que le alejen del objetivo. Por ejemplo, las actividades docentes de formación de especialistas y los centros de excelencia, que se distribuyen heterogéneamente por el territorio, no pueden considerarse como necesidades diferenciales a financiar con el mecanismo ordinario. Un

tratamiento coherente de los mismos sería el siguiente: se define un centro de excelencia como aquel que genera externalidades para el total del territorio. Una vez demostrado esto, cabría considerar la financiación necesaria correspondiente a la externalidad, por encima de su financiación ordinaria. Esta cantidad se desgaja del presupuesto a distribuir, dándosele el mismo trato que el que se ha venido dando a los centros nacionales, es decir, centralizándolo, como ocurre con el Fondo de Investigación Sanitaria (cuestión aparte sería el control por las demás regiones de la gestión de ese centro, al menos, en su actividad generadora de externalidades).

En tercer lugar, es difícil sostener la existencia de necesidad diferencial si su generación queda bajo el control de la región que la esgrime, sin posibilidades de actuación por parte del resto, o si su estimación es manipulable. En ambos casos, no sería aceptable tal diferencia relativa, pues fomentaría actuaciones estratégicas. Así, por ejemplo, las diferencias de costes entre regiones deben, en principio, ser consideradas para convertir las necesidades de recursos físicos en necesidades de gasto y estimar la financiación necesaria. Ha de tratarse de diferencias inevitables. A medida que avanza el ejercicio de la autonomía, la generación de líneas retributivas propias por parte de los Servicios Regionales de Salud y los convenios colectivos, van estableciendo diferencias entre los costes laborales, a veces notables, con impacto en las necesidades financieras. Este componente diferencial de coste no debería ser asumido por el mecanismo financiero, puesto que genera actuaciones estratégicas evidentes. Igualmente, sería indeseable penalizar actuaciones tendentes al control de costes. (Lo anterior obliga a diseñar muy minuciosamente la incorporación, en su caso, de ajustes por diferencias en costes).

Otros elementos de ajuste como la estructura de edades, la dispersión geográfica o la concentración geográfica también podrían ser considerados en la financiación ordinaria. En el acuerdo se establece la garantía de modulación financiera, que también podría ser entendida como una consideración indirecta de la estructura de edades, del envejecimiento poblacional, puesto que la pérdida relativa de población se produce a una con el envejecimiento relativo. Crear un fondo aparte para considerar este efecto impidiendo la satisfacción del criterio de la población protegida no encuentra una justificación clara. Parecería más lógico establecer una senda temporal de acercamiento a la población protegida que no cree distorsiones para los afectados negativamente. Pero esto hace referencia al proceso de aplicación, no al criterio, que debe mantenerse. De otro modo, el objetivo de equidad implícito en este criterio puede verse amenazado.

Los otros dos elementos del segundo fondo tienden a consolidar el status quo sanitario. Aquellas CCAA especializadas en servicios sanitarios ven reforzado su papel, dificultando el acceso a un nivel de servicios similar en todas las CCAA. Como se ha dicho más arriba, el principio de suficiencia no puede entenderse como garantía de cobertura de las necesidades de gasto no determinadas por las prestaciones que cada Comunidad viene obligada a dar.



En definitiva, ni el principio de suficiencia ni el de equidad parecen justificar un segundo fondo como el establecido en este acuerdo. El acuerdo pone el énfasis en las cuestiones de suficiencia, tanto en los principios como en la propuesta práctica, con un probable efecto negativo sobre la equidad. La suficiencia se interpreta más en términos de la demanda de las CCAA, que de un nivel de prestaciones objetivamente establecido. Aunque se establece un mecanismo de incorporación del esfuerzo de las administraciones gestoras a la generación de recursos financieros, queda poco clara su repercusión en la financiación de cada una, que se deja a los convenios que se establezcan, además de ser incierta la cantidad de recursos resultante por esta vía. De hecho, los ahorros esperados en la factura de farmacia no están ligados al esfuerzo individual de cada administración gestora, puesto que la lista negativa de medicamentos, así como la reducción de precios de acuerdo con las compañías farmacéuticas, se establece a nivel central. Sólo las cantidades resultantes de la lucha contra el fraude en la IT quedan ligadas al esfuerzo individualizado de las administraciones gestoras (40.000 millones de pts previstos). El avance en la corresponsabilidad financiera es, por tanto, muy limitado. No existe un traslado efectivo de riesgos a las CCAA, lo cual sugiere un fracaso del modelo para controlar el crecimiento del gasto sanitario. Además, la distribución prevista del segundo fondo, reforzando el status quo, hace prever una etapa de agravios comparativos entre CCAA con la consiguiente amenaza para la estabilidad del acuerdo.

## **5.- Conclusiones**

- La financiación sanitaria autonómica, uno de los aspectos más controvertidos del Sistema Nacional de Salud debido a la dificultad de alcanzar el consenso entre los agentes, se encuentra en un momento de cambio profundo. Al agotamiento definitivo del modelo LOFCA, debido a su incapacidad para responsabilizar financieramente a las CC.AA. de sus decisiones, se une la desaparición de las cotizaciones como fuente de financiación. El escenario más probable es la incorporación de la sanidad a la nueva LOFCA revisada, en un marco de responsabilidad financiera, con traslado de riesgos a las CC.AA. El énfasis pasará, previsiblemente, al diseño de garantías para la suficiencia y la solidaridad, dejando obsoleto el debate sobre las fórmulas de reparto
- La discusión sobre financiación autonómica de la sanidad es un asunto donde el consenso deviene crucial, y éste ha de empezar por un acuerdo de principio ético. Consideramos que el principio es la igualdad de oportunidades. La sanidad justifica su presencia por su contribución a la igualdad de oportunidades, vía su función de mantener o restaurar el nivel funcional, requisito, a su vez, para nuestras oportunidades. Aquí enlazamos con nuestra propuesta de 1993 (Nieto, Cabasés y Carmona) de equidad como igualdad de oportunidades para la salud, que nos llevó a la solución de la distribución capitativa bruta, no ponderada

- Las novedades recientes en este debate son la nueva financiación autonómica acordada por el consejo de Política Fiscal y Financiera para el quinquenio 1997-2001, y la nueva RAWP, fórmula inglesa de reparto financiero sanitario (Carr-Hill et al., 1994), junto con algunas sugerencias, como las propuestas de impuestos finalistas para la sanidad. Por último, el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de Noviembre de 1997 ha establecido un mecanismo de financiación para el cuatrienio 1998-2001, basado en el criterio de la población protegida, según la distribución resultante del nuevo padrón de 1996, separando en dos fondos, uno general y otro específico para incorporar los ajustes por pérdida de población, docencia y asistencia hospitalaria a desplazados.
- En el nuevo modelo para 1998-2001 el avance en la corresponsabilidad financiera es muy limitado. No existe un traslado efectivo de riesgos a las CCAA, lo cual sugiere un fracaso del modelo para controlar el crecimiento del gasto sanitario. Además, la distribución prevista del segundo fondo, reforzando el status quo, hace prever una etapa de agravios comparativos entre CCAA con la consiguiente amenaza para la estabilidad del acuerdo.
- El nuevo modelo de financiación autonómica general da un giro en el espíritu autonómico y hace obsoleta la discusión basada en el reparto, que pasa claramente a ser residual. El principio de la autonomía financiera resulta adecuado desde el punto de vista del tan deseado traslado de riesgos a las CCAA. Lo que pasa a primer plano es la discusión sobre las garantías de solidaridad, suficiencia, o cobertura de demanda. El debate sobre la financiación autonómica sanitaria podría alejarse del tradicional sobre fórmulas de distribución del presupuesto con base en el gasto hacia otro sustentado en la corresponsabilidad fiscal. En un contexto descentralizado lo importante es controlar que el resultado satisface los principios deseados y, en caso negativo, actuar para reencauzar las cosas.
- Nuestra propuesta consiste en profundizar en la corresponsabilidad fiscal incorporando la sanidad a la financiación autonómica general. Creemos llegado el momento, desde la consideración de los cambios en la LOFCA, la previsión de transferencias de servicios sanitarios a todas las CCAA y la desaparición de las cotizaciones como forma de financiación de la sanidad pública. En este nuevo marco, habrá que diseñar los mecanismos de garantía que permitan el logro de los objetivos de la Ley General de Sanidad. Quedan así, establecidas, las bases para una agenda de trabajo para elaborar el acuerdo del año 2001.

## Referencias

- Arneson "Equality of opportunity for welfare" *Philosophical Studies* 56, pp. 77-93, 1989.
- Cabasés, J.M. y J. Martín: "Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España". *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Cap. XIII, pp. 481-537. Coordinadores: Guillem López Casasnovas y Diego Rodríguez. Biblioteca Civitas Economía y Empresa. Madrid, 1997.
- Calsamiglia, X. (1992). "La equidad territorial: Nuevos puntos de vista a un viejo problema". En: *Seminario sobre la distribución entre las Com. Autónomas de los recursos públicos de la Sanidad*. Quaderns de Treball nº 37. Institut d'Estudis Autònoms. Generalitat de Catalunya.
- Carr-Hill, R Sheldon, T., Smith, P. Martin, S., Peacock, S. and Hardman, G.: "Allocating Resources to health authorities: Development of method for small area analysis of use of inpatient services" *BMJ*, 309, 1046-1049, 22 october 1994.
- Congreso de los Diputados: "Acuerdo Parlamentario de la Subcomisión de Modernización del Sistema Sanitario". Madrid, 30 de Septiembre 1997.
- Consejo de Política Fiscal y Financiera: "Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas para el quinquenio 1997-2001". Madrid, 23 de Septiembre, 1996.
- Consejo de Política Fiscal y Financiera, Grupo de trabajo para la financiación de la sanidad: "Financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001". Madrid, 27 de Noviembre, 1997.
- Daniels, N., D. Light y R.L. Caplan (1996) "Benchmarks of Fairness for Health Care Reform" Oxford University Press, New York.
- Daniels, N.: "Just Health Care" Cambridge, England, Cambridge University Press, 1985.
- Department of Health and Social Security, DHSS: "Sharing Resources for Health in England". H.M.S.O. London, 1976.
- Fleurbaey, M. "On fair compensation" Working Paper. INSEE. París, 1992.
- House of Commons, Health Committee: "Allocation of Resources to Health Authorities". volume 1, London: HMSO, 1996.
- López Casasnovas, G, Corona, J. F. y Figueres, J. M.: "Estudio del sistema de financiación autonómica de la sanidad". *Fulls Economics*, Llibres nº 3. Departament de Sanitat y Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1992.

- Mas Colell, A. : “Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud”. En G. López Casanovas, ed.:Análisis Económico de la Sanidad. Departament de Sanitat y Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1992.
- Ministerio de Economía y Hacienda: “Bases para la reforma del sistema de financiación de la asistencia sanitaria proporcionada a través del presupuesto del Insalud”. Madrid, 1994.
- Nieto, J., J. M. Cabasés y G. Carmona: “Equidad y eficiencia en la distribución territorial de recursos financieros para la sanidad en España. Análisis teórico y empírico”. Hacienda Pública Española, supl. 1, pp. 109-125. Madrid, 1993.
- Ortún, V. “Sistema sanitario y estado del bienestar: problemas a la vista”. En: E. de Manuel y F. Catalá, eds.: Informe SESPAS 1998. Escuela Andaluza de Salud Pública y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), 1998.
- Rico, A y P. Rubio: “Necesidades sanitarias y redistribución regional de recursos en España” 1996 (mimeo).
- Roemer, J. “Theories of Distributive Justice” Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, 1996.
- Sanfrutos, N. “Reformas sanitarias y equidad. Distribución territorial de los recursos. Una visión y posición desde Andalucía”. Mesa redonda sobre Reforma Sanitaria y Equidad. Fundación Argentaria, 17-18 Diciembre 1996.