

III. SERVICIOS SANITARIOS

CAPÍTULO 10

LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

Juan Manuel Cabasés Hita

1. Introducción

La presión incesante al alza del gasto sanitario público se ha convertido en una amenaza para el objetivo del control del déficit público, así como para la estabilidad política del estado descentralizado del que se dotaron los ciudadanos españoles en la Constitución de 1978. Entre sus causas destacan las restricciones intrínsecas al quehacer sanitario, caracterizado por la incertidumbre y las asimetrías de información, así como las provocadas por la respuesta institucional a estas características, que se concreta en un sistema sanitario accesible para todos, sin responsabilidad financiera de sus agentes consumidores y proveedores, que no ha delimitado claramente sus prestaciones ni los derechos ciudadanos respecto de las mismas, que presupuesta de manera insuficiente y en cuyo proceso de descentralización a las CCAA no ha diseñado todavía un mecanismo efectivo de transferencia de riesgos, al no haber establecido siquiera un referente de crecimiento del presupuesto hasta fechas muy recientes (1994), y continuar con los sistemas de presupuestación retrospectiva.

El análisis de un sistema sanitario no puede hacerse sin establecer previamente algunos criterios para su valoración. La actual tendencia a diseñar reformas del conjunto del sistema sanitario para resolver problemas de eficiencia exclusivamente alerta al analista ante efectos sobre otros objetivos del sistema sanitario ignorados en las propuestas. Hemos seleccionado un conjunto de criterios-guía para evaluar propuestas de reforma (Daniels, Light y Caplan, 1996) que parten del principio ético de la igualdad de oportunidades, al que el sistema sanitario, junto con otros bienes sociales, sirve, y que permiten tener una visión más comprensiva a la hora de evaluar propuestas.

El debate financiero sigue hoy abierto en casi todos sus frentes. En el qué financiar, donde todavía subsiste la necesidad de delimitar las prestaciones a las que todo ciudadano del Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene derecho. El reciente documento de la Subcomisión para la Modernización del Sistema Sanitario del Congreso de los Diputados se propone elevar a rango de ley esta materia que deberá aprobar el Parlamento en su día, haciendo obsoleto el decreto de enero de 1995 sobre la materia. En el cuánto financiar, donde la idea de establecer presupuestos prospectivos con crecimientos ligados a alguna variable de referencia, como el incremento del PIB nominal establecido en el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 1994, se considera insuficiente por las CCAA con los servicios de INSALUD transferidos, que entienden que aquéllos deben crecer por encima del PIB para poder hacer frente al gasto comprometido por la estructura sanitaria actual. La afloración anual de déficit y el recurso permanente a las operaciones de saneamiento financiero parecen dar razón a esta demanda. Queda pendiente delimitar el *quantum* necesario para ofrecer una asistencia sanitaria suficiente, así como los mecanismos de garantía para evitar la indisciplina de gasto.

En el cómo financiar, el debate se diversifica en múltiples ramificaciones. La más acabada, la referida a las fuentes, donde la financiación general impositiva está sustituyendo por completo a las cotizaciones, en coherencia con la universalización, que si lo ha de ser en las prestaciones, también en su financiación. Queda pendiente el recurrente y controvertido debate sobre la financiación privada de prestaciones públicas, reforzando el ticket moderador farmacéutico actual, para todos o incorporando a los pensionistas en orden a luchar contra el fraude, o incorporando tasas por la utilización de algunos servicios.

Las otras dos grandes ramificaciones son las correspondientes a la financiación autonómica y la financiación de centros y servicios. La financiación autonómica de la sociedad es quizás el ámbito en el que surgen todos los aspectos del debate financiero y con redoblada virulencia debido al entramado complejo de intereses en conflicto, lo que contrasta con la claridad de su regulación legal, el artículo 82 de la LGS, que establece la distribución per capita no ajustada y la participación adicional de las CCAA de las desviaciones de INSALUD- Gestión Directa. Las propuestas de ajustes a la población no parecen generar un consenso suficiente entre las partes afectadas. En esta materia, la nueva situación de la financiación autonómica general, que ha pasado a poner un énfasis especial en la corresponsabilidad fiscal (traslado efectivo de riesgos), junto a la universalización en la financiación sanitaria, hacen prever un giro notable en el debate a medio plazo, desviándose la atención desde la propuesta actual de fórmulas de reparto hacia la previsible situación futura de establecimiento de garantías para que el resultado de la gestión

autonómica combinada de gastos e ingresos no genere situaciones de desigualdad indeseable.

Por último, a nivel micro, surge la cuestión de la metodología de la financiación de las unidades de producción. La constitución de la financiación tradicional retrospectiva e incrementalista por mecanismos de presupuestación prospectiva basada en actividad no es suficiente para incentivar comportamientos eficientes, si el marco estructural es ineficiente *per se*. De ahí que se propongan nuevos mecanismos de contratos de incentivos que contemplen al mismo tiempo las características estructurales del centro y su eficiencia relativa.

Estas son las ideas que se desarrollan en este trabajo. En la sección primera se presentan algunos datos sobre la situación del gasto sanitario público en España y las razones de su crecimiento reciente y las opciones de política sanitaria abiertas. En la sección segunda se presentan las características de un buen sistema sanitario para facilitar la evaluación de propuestas de reforma. En la tercera se hacen algunas reflexiones sobre la financiación sanitaria autonómica. En la cuarta se comenta una propuesta reciente para la financiación de hospitales que contempla simultáneamente las condiciones estructurales y el nivel de eficiencia relativa de los centros. Por último, se esbozan unas conclusiones.

2. La financiación de la sanidad en España. Situación actual y tendencias

El gasto total en sanidad en España ha ido evolucionando al alza, tanto en su cuantía (Figuras 10.1 y 10.2) como en su relación con el PIB, manteniéndose una elasticidad-renta elevada (mayor que la unidad) durante las dos últimas décadas (a excepción del periodo 84-87). Mantiene todavía una considerable distancia con respecto a la media de la UE, pese a haber experimentado un acercamiento progresivo a los patrones europeos (Figura 10.3). Estimaciones recientes indican que, ajustando por nivel de renta per capita y estructura etaria de la población, España habría alcanzado prácticamente la norma comunitaria en 1993 (Boscá, Fernández y Taguas, 1996). Ello puede observarse en la Figura 10.4 que muestra cómo la renta de un país predice bastante precisamente el gasto sanitario del mismo. España muestra un nivel de gasto sanitario adecuado a su nivel de renta.

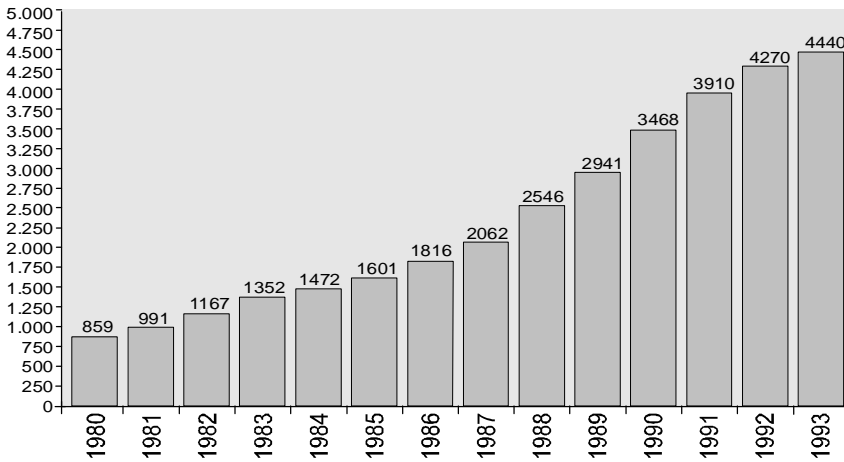


Figura 10.1. Gasto total en sanidad. España, 1980-1993 (en miles de millones de pesetas)

Fuente: OCDE (1995)

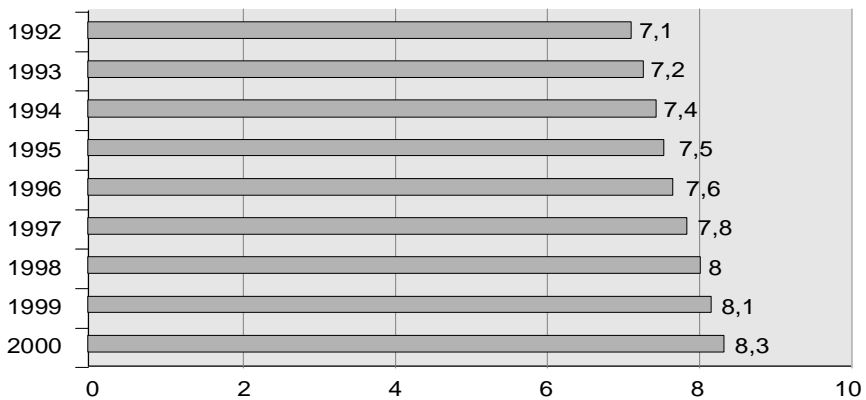


Figura 10.2. Escenarios probables de gastos totales en sanidad. España 1992-2000

Fuente: CAESNS (1991)

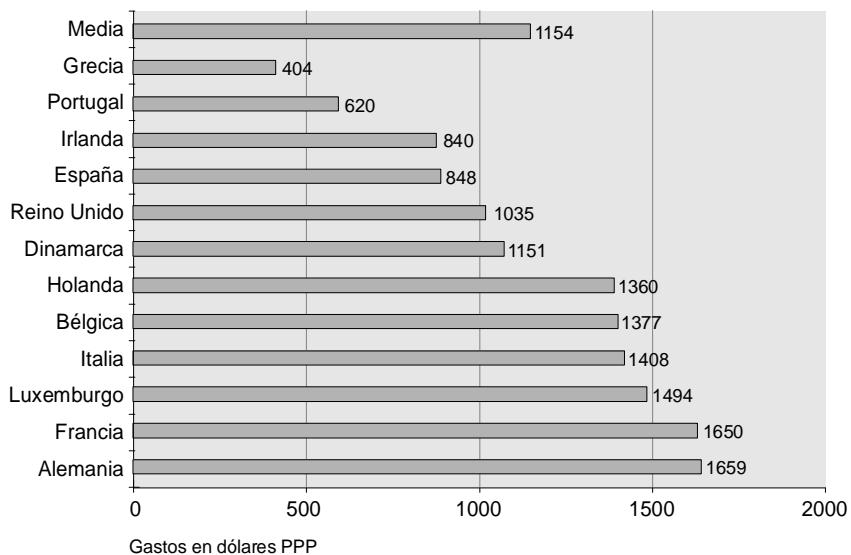


Figura 10.3. Gastos sanitarios per cápita en los países de la Unión Europea (1991)

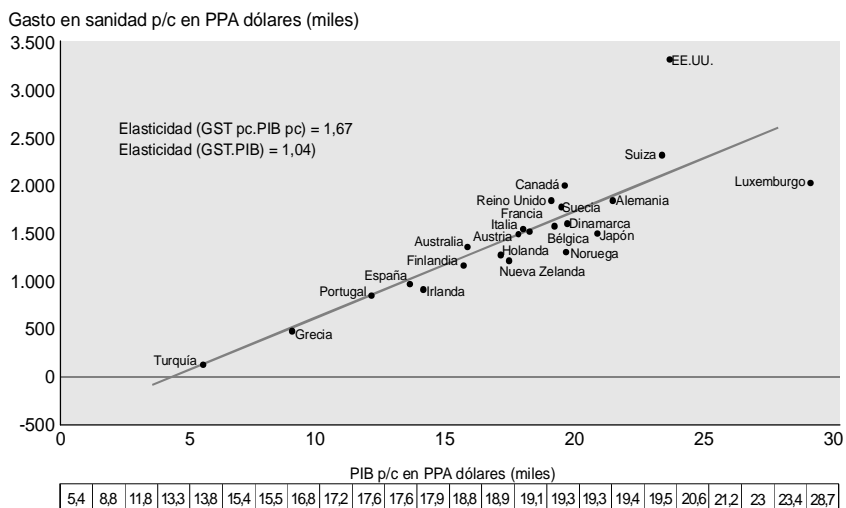


Figura 10.4. Relación entre gasto total en sanidad y PIB. OCDE *, 1993

Fuente: OCDE (1995) * Excluye México

El gasto sanitario público ha ido creciendo a mayor ritmo que el PIB en las últimas décadas alcanzando el 5,71% del PIB en 1993 (Tabla 10.1 y Figura 10.5) (Blanco y de Bustos, 1996). Las cifras originales muestran que en 1997 se habría alcanzado el 6,22% del PIB (Ortún, 1997 en este informe).

Tabla 10.1. *Serie histórica de gasto sanitario público y PIB*

Año	Variación interanual del PIB (pesetas corrientes)	Variación interanual del PIB (pesetas constantes)	Variación interanual del GSP (pesetas corrientes)	Variación interanual del GSP (pesetas constantes)	% GSP/PIB (pesetas corrientes)	% GSP/PIB (pesetas constantes)
1960	-	-	-	-	1,01	1,80
1961	12,55	9,69	10,48	5,22	0,99	1,73
1962	13,61	7,61	31,37	19,61	1,15	1,92
1963	13,59	10,27	16,35	5,47	1,18	1,84
1964	35,90	28,03	30,01	18,84	1,13	1,70
1965	16,00	5,91	36,81	18,22	1,33	1,90
1966	16,01	7,81	28,26	8,75	1,47	1,92
1967	13,24	2,85	43,03	20,70	1,86	2,25
1968	12,90	7,95	16,54	10,92	1,92	2,31
1969	14,50	6,99	27,92	15,96	2,14	2,51
1970	10,44	5,27	25,27	12,01	2,43	2,67
1971	12,86	3,93	25,73	13,32	2,70	2,91
1972	17,37	8,76	29,60	16,08	2,99	3,11
1973	20,55	7,64	32,06	16,89	3,27	3,37
1974	22,47	6,05	26,08	7,40	3,37	3,42
1975	17,41	0,34	31,93	15,10	3,78	3,92
1976	20,34	3,08	25,15	2,53	3,94	3,90
1977	26,88	3,14	36,46	9,85	4,23	4,15
1978	22,38	1,26	26,88	6,48	4,39	4,36
1979	17,00	0,21	16,47	0,41	4,37	4,37
1980	14,90	1,25	19,05	3,71	4,53	4,48
1981	12,37	-0,24	13,62	-0,86	4,58	4,45
1982	15,71	1,55	18,81	5,63	4,70	4,63
1983	14,24	2,19	23,22	7,94	5,07	4,89
1984	13,26	1,47	5,29	-4,24	4,71	4,61
1985	10,51	2,65	7,74	-0,81	4,59	4,46
1986	14,62	3,16	10,74	2,68	4,44	4,44
1987	11,82	5,64	12,36	6,85	4,46	4,49
1988	11,11	5,16	13,80	8,22	4,57	4,62
1989	12,17	4,74	20,58	14,87	4,91	5,07
1990	11,32	3,74	12,83	7,05	4,98	5,23
1991	9,54	2,27	15,69	9,29	5,26	5,59
1992	7,56	0,67	17,03	6,01	5,72	5,88
1993	3,09	-1,16	2,94	0,44	5,71	5,98

Fuente: Blanco y de Bustos (1996).

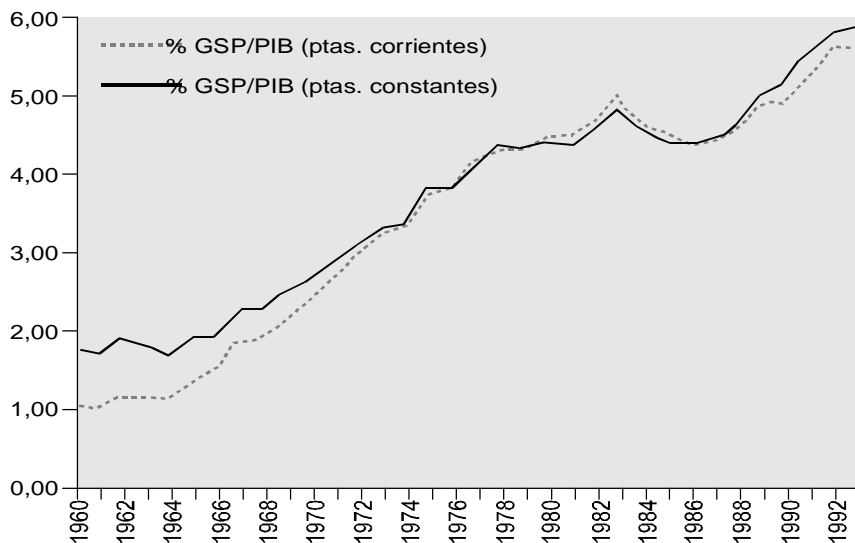


Figura 10.5. Evolución del gasto sanitario público como porcentaje del PIB en España (1960-1993)

Fuente: Elaboración propia a partir de A. Blanco y A. de Bustos (1996).

El 80% de la variación reciente (1986-1993) del gasto sanitario público en términos reales (7,45 % de tasa de crecimiento anual acumulativa) lo explican los cambios en la prestación real media por persona, esto es, los aumentos en la cantidad y calidad de los servicios provistos debidos a las demandas crecientes de los ciudadanos y a la incorporación de nuevas tecnologías, medicamentos y otros productos sanitarios. La evolución demográfica y el envejecimiento de la población tienen un escaso poder explicativo de la evolución del gasto sanitario público en este periodo.

La predicción sobre evolución futura del gasto sanitario público bajo la hipótesis de un crecimiento de la prestación real media igual a la del PIB real es que a finales de 1999 habríamos alcanzado el 6,14% del PIB, cifra ya superada como se ha expuesto más arriba, que además no es consistente con las previsiones de aumento del presupuesto de la sanidad pública establecidas para el periodo 1994-1997 por acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera que exigía mantener la tasa de 1993.

En resumen, el gasto sanitario público en España (80% del gasto sanitario total) constituye un capítulo muy relevante del gasto público (12 de cada 100 pts. de los presupuestos del conjunto del sector público y el 20% del gasto del Estado presupuestado para 1997); sin embargo, no es muy elevado en relación al PIB (en torno al 6%) cuando se compara con otros países del entorno; la tradicional insuficiencia presupuestaria del INSALUD demuestra la incapacidad para controlar el gasto; no ha habido un traslado efectivo de riesgo a las CCAA con los servicios de INSALUD transferidos cuyo presupuesto representa hoy más del 60% del total (Tabla 10.2), cuyo comportamiento ha estado basado más en las expectativas de desviación del gasto de INSALUD-Gestión Directa (de las que han participado incrementando sus presupuestos en el porcentaje que aquella representaba) (Tabla 10.3), que en someterse a la restricción presupuestaria, que no resulta creíble, especialmente si se observa el recurso continuo a operaciones de saneamiento de los déficit (años 1989, 1992 y 1994, por importe total de más de un billón de pesetas) que, en última instancia, concentran los riesgos en el financiador último, el Estado; los aumentos en la prestación real media por persona, es decir, la cantidad y calidad de los nuevos servicios y procedimientos demandados, explican la expansión reciente del gasto sanitario cuya relación con el PIB tiende a seguir creciendo según las previsiones. En conclusión, la viabilidad financiera del sistema sanitario público se encuentra amenazada si se pretenden mantener las cifras de déficit público al nivel exigido por el proceso de convergencia europea.

Tabla 10.2. *La gestión del presupuesto sanitario de la Seguridad Social*

Tipo de gestión	1982	1997
Gestión directa	84,93	38,52
Gestión transferida	16,07	61,48
Total	100,00	100,00

Tabla 10.3. La desviación del INSALUD gestión directa (millones de pesetas cada año)

Año	A Presupuesto monetario inicial	B Presupuesto monetario líquido	C Porcentaje de desviación
1984	571832	595103	4,07
1985	636052	675679	6,23
1986	687954	748822	8,84
1987	758277	880859	16,16
1988	685360 ¹	757498	10,52
1989	778548 ²	920369	18,22
1990	907293	997700	9,96
1991	889630 ³	970426	9,08
1992	1058247	1196299 ⁽³⁾	1,04

Fuente: Acuerdos de liquidación de cada año. No incluye las generaciones de créditos para transferir a las CCAA la participación en liquidación.

- (1) La reducción del presupuesto inicial es consecuencia de la transferencia a País Vasco y Valencia.
 (2) De los 141.821 millones de desviación, 89.070 se imputaron al ejercicio inmediatamente anterior y 52.751 a los anteriores. (3) Previsiones.

2.1. Las opciones en política sanitaria

Cinco tipos de opciones se abren para la solución de los problemas descritos: aumentar los recursos asignados a la sanidad; controlar los costes; mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos; introducir reformas mayores abriendo espacios a la competencia; establecer prioridades entre servicios y grupos de pacientes (Abel-Smith et al., 1995).

El aumento de la dotación financiera a los servicios sanitarios ha sido la opción más practicada en España y todavía hoy se acepta que el presupuesto sanitario crezca por encima de la media del gasto público, detrayendo recursos de otras áreas del sector público, en base al argumento de la insuficiencia presupuestaria para proveer una sistema sanitario adecuado. La restricción financiera actual parece, no obstante, haber fijado un techo a esta estrategia. Alternativamente, cabría considerar una mayor participación privada en la financiación. Más adelante se comentan algunos efectos indeseados de esta diversificación financiera.

El control de costes puede establecerse vía la demanda, introduciendo mecanismos de participación del paciente en el coste u otras medidas de racionamiento que reduzcan efectivamente el consumo o, vía la oferta, fijando presupuestos cerrados, controlando el volumen y la remuneración del personal y regulando los precios. La reciente introducción de los contratos-programa en los centros sanitarios públicos en España persigue el objetivo de vincular la actividad al presupuesto asignado a cada centro, estableciendo límites al gasto. Otras medidas dirigidas a reducir los ingresos o los tiempos de estancia en hospital, como la cirugía ambulatoria y la hospitalización de día, a controlar la prescripción de medicamentos, a fomentar el uso apropiado de la tecnología sanitaria mediante la utilización de guías de práctica clínica, se orientan en tal sentido.

Los ejemplos anteriores combinan el control de costes con mejoras en la eficiencia de gestión entendida como relación entre los recursos utilizados y los servicios producidos. Recientes estudios sobre la eficiencia relativa de los hospitales en España han puesto de manifiesto la existencia de bolsas de ineficiencia que afectan especialmente a excedentes de plantilla (López del Amo, Otero y Martín, 1996), así como el probable impacto positivo de los contratos programa (González, Pellisé y Barber, 1995) sobre la eficiencia.

Un paso adicional consiste en medir la efectividad de los servicios en términos de su impacto sobre la salud y relacionarla con el coste para medir la eficiencia asignativa y poder desechar procedimientos inefectivos y utilizar los más eficientes. La medicina basada en la evidencia, como la propugnada en la colaboración Cochrane, y la evaluación económica de tecnologías sanitarias son ingredientes necesarios en este empeño.

Algunos países confían en cambios de mayor calado. Las enseñanzas de la Nueva Economía Institucional (Williamson, 1993) sugieren que los problemas de las organizaciones sanitarias podrían encontrar respuesta en modificaciones en el marco institucional, con estructuras de gobierno alternativas. Los sistemas sanitarios públicos podrían beneficiarse de la introducción de competencia entre proveedores ampliando el marco de elección a los consumidores. Este es el fundamento de las reformas recientes en el Reino Unido y la propuesta del Informe Abril para España, donde la separación entre las funciones de financiación, compra y producción en un entorno de competencia se espera produzca unos servicios más eficientes en los que los compradores contratan servicios coste-efectivos a proveedores que trabajan a costes mínimos a causa de la competencia. La necesidad de proteger los intereses de los pacientes y los ciudadanos, de mantener los niveles de equidad y de adecuar la asistencia sanitaria a los objetivos más amplios de la política de salud,

creando espacios para la promoción y la prevención, hacen que se trate de un mercado gestionado, donde se combinen competencia con planificación. En este esquema son fundamentales el mecanismo de financiación a los compradores (capitación ponderada siguiendo algún criterio objetivo de necesidad relativa) y el contrato de éstos con los proveedores, que se convierte en el canal de transmisión de los objetivos de salud de la organización hacia los proveedores. Los mencionados contratos-programa constituyen una tímida aproximación a este modelo y están contribuyendo a crear una cultura de gestión diferente.

Abordar conjuntamente los problemas de azar moral de los consumidores y los proveedores en un marco de restricción financiera como el expuesto supone ir más allá de las mejoras en eficiencia delimitando los servicios que el sector público puede proveer, reconociendo la necesidad de establecer prioridades o, en otros términos, racionar los servicios que, aun reportando algún beneficio a quien los consume, las posibilidades financieras no permiten alcanzar.

De los tres mecanismos de racionamiento, precios, listas de espera y límites a la cantidad, los sistemas sanitarios públicos utilizan poco los primeros para no generar problemas de acceso, mucho los segundos con costes de insatisfacción y, hasta ahora, profusa pero sólo implícitamente, los terceros. A medida que los ciudadanos van haciéndose más presentes en la toma de decisiones sanitarias y que van introduciéndose medidas de control de costes y mejora de la eficiencia, se hace cada vez más patente la necesidad de establecer las prioridades más explícitamente.

Un análisis correcto de las opciones de política sanitaria mencionados precisa de un marco de referencia que haga más visibles los objetivos del sistema sanitario frente a los cuales evaluar las actuaciones, que no son mutuamente excluyentes. Dicho marco ha de establecerse sobre alguna base ética que defina la incorporación conjunta de los criterios de equidad y eficiencia, dando respuesta a las cuestiones básicas de cobertura, real y personal, financiación y organización y gestión del sistema sanitario.

3. Las características de un buen sistema sanitario

Recientemente, Daniels, Light y Caplan (1996) han desarrollado una propuesta de diez criterios (Tabla 10.4) frente a los que evaluar las propuestas de reforma sanitaria, a partir de una fundamentación ética, el principio de igualdad de oportunidades, como objetivo final de un buen sistema sanitario.

Tabla 10.4. Benchmarks *para la equidad de las reformas sanitarias o cómo garantizar la satisfacción del principio de igualdad de oportunidades.*

-
1. Acceso universal. Cobertura y participación.
 2. Acceso universal. Minimización de barreras no financieras.
 3. Prestaciones comprensivas y uniformes.
 4. Financiación equitativa.
 5. Financiación equitativa, según capacidad de pago.
 6. "Value for money". Eficacia clínica.
 7. "Value for money". Eficiencia financiera.
 8. Determinación de prioridades mediante procesos justos.
 9. Comparabilidad.
 10. Libertad de elección por parte del consumidor.
-

Fuente: Daniels, Light y Caplan, 1996

Es obligado, en primer lugar, buscar el fundamento normativo común a todos los agentes. La protección de la salud como un derecho, y no como un privilegio, hunde 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).

En España, la igualdad de oportunidades (aunque no explícitamente) y la obligación de los poderes públicos de su promoción se encuentran recogidas en la Constitución, en el ámbito de los derechos fundamentales de los ciudadanos en su artículo 9*.

Comentaremos brevemente cada una de las características de un buen sistema sanitario.

1. Acceso universal. Cobertura y participación. Un sistema sanitario justo debe hacer accesible un conjunto razonable de servicios sanitarios efectivos y necesarios para todos, independientemente de las condiciones específicas de salud, nivel de riesgo o capacidad de pago. Ello implica la inclusión universal en algún esquema asegurador cuyas características son la obligatoriedad y la independencia del estado ocupacional, de manera que se garantice la continuidad asistencial temporal. Estas características se encuentran bien argumentadas en la literatura económica por problemas de selección adversa (Mas Colell, 1994) y han sido asumidas en nuestro país por el SNS desde la Ley General de Sanidad de 1986.
2. Acceso universal. Minimización de barreras no financieras. Hacer equitativo el acceso requiere: acceso físico, es decir, recursos apropiados donde se necesitan y accesibles a los que los necesitan; Formación de recursos humanos suficiente y apropiada; Facilitar la utilización a la gente de diferente cultura, lengua y extracción social; Educación e información adecuadas para

* Constitución Española, de 27 de Diciembre de 1978. (BOE, Nº 311-1 de 29 de Diciembre)

Art. 9: "... 2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivos; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social"

El derecho a la protección de la salud, inserto en el Capítulo Tercero: De los principios rectores de la Política Social y Económica es uno de los derechos que viene a posibilitar la igualdad de oportunidades sancionada en el artículo 9º. Asimismo, el art. 43.2 (Organización y tutela pública de la salud pública, a través de la prevención y servicios necesarios), el 43.3 (Fomento de la educación sanitaria, la educación física, deporte y la adecuada utilización del ocio), el art. 45 (Derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona), el art. 47 (Derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada), el art. 49 (Política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos), el art. 50 (Apoyo a la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad y a su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atienda a sus problemas de salud, vivienda, cultura y ocio), el art. 51 (Protección de la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de consumidores y usuarios).

El art. 53.3 establece que el reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el capítulo tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que

facilitar los procesos de negociación del sistema. La consecuencia más evidente de este criterio es que cualquier propuesta de reforma ha de garantizar la eliminación, si la hubiera, y la no aparición de selección de riesgos, práctica que constituye la base del negocio de compañías aseguradoras o cualquier tipo de comprador con fines de lucro, en un marco de financiación capitativa no ajustada por características personales.

3. Prestaciones comprensivas y uniformes. Acceso equitativo a un conjunto apropiado de servicios sanitarios, sin restricciones en las prestaciones ni en su calidad. La igualdad de oportunidades no exige, sin embargo, unas prestaciones ilimitadas que permitan comportamientos de azar moral en los ciudadanos, pues existen otros bienes sociales que se orientan al mismo fin (educación, etc.) que compiten por los fondos financieros. Lo que se convierte en imperativo es la delimitación explícita de las prestaciones... y hacerlo de manera controlable públicamente.

Los criterios de inclusión en el paquete asistencial habrían de valorarse por su contribución relativa a la protección de la igualdad de oportunidades (ej. categorías completas de servicios: prevención, asistencia domiciliaria, servicios de salud mental..., que pueden afectar al nivel funcional, base de las oportunidades). Los criterios de exclusión contemplarían la ausencia de necesidad (¿quién la define?) y ausencia de, o no probada, efectividad. El problema de los servicios no provistos en el paquete asistencial es que acentúa la distribución desigual de la enfermedad y de la renta entre las clases sociales: Los pobres están más enfermos y los más enfermos, más pobres. Es un problema de selección de riesgos. Respecto a la asistencia suplementaria, cuanto más extensa sea, mayor discriminación habrá en el sistema. Cuanto más comprensivo y uniforme en la calidad, más justo será el sistema sanitario.

4. Financiación equitativa. Contribuciones generales, separadas de riesgos. Como obligación social que es, la provisión de servicios sanitarios para todos comparte las limitaciones del mecanismo asegurador que utilizamos para otras obligaciones sociales, como procurar la seguridad frente a la violencia (que generalmente sufren más los pobres pero financiamos todos vía el sistema fiscal impositivo). En tal sentido, el riesgo individual no puede ser la base de la financiación. Las propuestas de introducir impuestos finalistas para aumentar la financiación sanitaria, sugeridos para España y USA mediante la utilización de impuestos "al pecado" (*sin taxes*) pueden ser también injustas desde la perspectiva de la desigualdad con responsabilidad (Roe-

mer, 1996), si no se distingue en los riesgos autocreados entre decisiones libres e informadas y otras. Por ejemplo, el fumar es común entre personas de categoría socioeconómica baja y menos común en otras categorías sociales más receptivas a mensajes de educación sanitaria porque su nivel educativo les ha hecho más competentes para ello. No se debería penalizar el consumo de tabaco indiscriminadamente. Se elimina así la selección de riesgos. En cada momento, los más sanos financian a los más enfermos. No se debe cargar el coste sobre los más enfermos, lo que sugiere la minimización de deducibles, copagos, períodos de carencia, etc. La idea de introducir el copago como estrategia de contención de costes podría resultar injusta, al desplazar costes de sanos a enfermos e ineficiente si pospone la utilización de los servicios impidiendo la prevención y la detección precoz o si se establece sobre servicios de demanda inelástica respecto al precio.

5. Financiación equitativa, según capacidad de pago. La idea de la financiación sanitaria según la capacidad de pago encuentra su justificación teórica en las teorías más comunes de la justicia, como la rawlsiana (transferir bienes sociales de los mejor situados a los peor situados puede aumentar el bienestar, aún cuando ello no exige que la imposición sea progresiva), e incluso en el utilitarismo (siendo decreciente la utilidad marginal de la renta, aunque en este caso habría que incorporar al debate la cuestión del exceso de gravámen). La capacidad de pago viene mejor reflejada en los impuestos sobre la renta, que serán preferibles a las cotizaciones sociales y éstas, a su vez, a las primas aseguradoras.
6. *Value for money*. Efectividad clínica. No es ético derrochar recursos que podrían lograr más. Una reforma será más justa si establece un sistema para minimizar los factores de riesgo, la incidencia de la enfermedad y los accidentes y, en caso de ocurrencia, su tratamiento coste-efectivo. Las propuestas de reforma pueden ser valoradas a este respecto en relación a los tipos de servicios en que ponen su énfasis, si incorporan o no un plan de medición de la efectividad y planes para minimizar la infra y la sobre utilización. Algunas prácticas de managed care que resultan en una mera restricción de la utilización serían contrarias a este criterio.
7. *Value for money*. Eficiencia financiera. Este criterio sugiere minimizar los costes de transacción y, consiguientemente, la superioridad del aseguramiento público sobre el privado. Hace referencia, así mismo, a la elección de los mecanismos contractuales más eficientes entre compradores y proveedores sanitarios.

8. Determinación de prioridades mediante procesos correctos. Supone la evaluación económica de servicios con informes públicos (agencias independientes de evaluación) y procesos abiertos, democráticos, de toma de decisiones.
9. Comparabilidad. La atención sanitaria ha de compararse con otros servicios sociales con elevado impacto sobre la igualdad de oportunidades, como la educación, y con otros servicios que protegen nuestra libertad, como la defensa y la justicia. Un presupuesto sanitario global ayuda a establecer la comparación con el esfuerzo en otros servicios. En principio, no hay un nivel deseable de gasto sanitario para un país. La organización del sistema es más relevante que una cifra concreta de %PIB.
10. Libertad de elección por parte del consumidor. Un sistema sanitario es más justo si respeta más la elección autónoma e informada de la gente. La mejora en la capacidad de elección es garantía de mayor eficiencia y calidad de los servicios. En tal sentido, se requiere una buena información al consumidor para facilitar el ejercicio de la elección. Este criterio puede entrar en conflicto con otros. Así, la elección de planes de seguro de diferente contenido prestacional puede afectar negativamente a la igualdad de acceso.

4. Financiación autonómica de la sanidad

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. Su importancia cuantitativa, (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)), las especificidades de cada uno de los acuerdos de traspaso de servicios, existiendo una percepción de agravios comparativos entre Comunidades, 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, 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 decide las desviaciones de todo el sistema, la ausencia de un marco de referencia de crecimiento de los créditos por no haber sido de aplicación a este sector la LOFCA, así como la percepción de contradicciones en el articulado de la propia Ley General de Sanidad en relación al criterio de equidad propuesto de acceso a la asistencia sanitaria pública en condiciones de igualdad efectiva, corrigiendo los desequilibrios territoriales y sociales, lo que no

parece poder resolverse con la fórmula de la distribución capitativa pura establecida, explican 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 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 y reclaman un trato más justo que permita ofrecer los servicios sanitarios a sus ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva, es decir, para cada comunidad, enfatizando 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 el artículo 82 de la Ley General de Sanidad al establecer la población protegida de cada Comunidad Autónoma como divisor. El único ajuste reconocido a la población fue la consideración de pacientes desplazados, inclusión que se estableció de manera ad hoc, sin estudios previos suficientes que justificasen 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. Los envoltentes financieros proyectados para las CCAA con servicios transferidos señalan que ese escenario financiero exigía algún proceso de reconversión. No parece que esto haya ocurrido, si se observan las cifras de gasto sanitario público en 1994 y 1995, y las intervenciones de los responsables sanitarios, reclamando más recursos para sus nuevos deficit, haciendo referencia a la deficiente estimación sobre la base de partida y a la necesidad, de una vez por todas, de fijar una base de partida real y establecer un mecanismo que garantice a un tiempo la suficiencia y la solidaridad. El criterio capitativo simple no es considerado suficientemente equitativo, sugiriéndose 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, 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. 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 Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (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. Tal mecanismo ha de satisfacer a un tiempo los principios de suficiencia y equidad y respetar la autonomía de decisión de las Comunidades Autónomas.

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, entre otras la sanitaria, 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.

Asistimos, por tanto, al momento en que, al agotamiento definitivo del modelo LOFCA por 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, desde la perspectiva sanitaria, catálogo de prestaciones garantizado; y c) (en su versión actual) garantía de la financiación capitativa. al menos en un 90% de la media. Esta garantía se con-

creta en que, en el último año del quinquenio, la financiación por habitante que disfrute la Comunidad Autónoma, por los mecanismos del sistema, no podrá ser inferior al 90% de la financiación media por habitante del conjunto de las CCAA.

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 de las CCAA. 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.

5. La financiación de centros y servicios sanitarios

El objeto de este apartado es proponer un modelo de financiación global prospectiva de los hospitales que se enfrente al incrementalismo y que ajuste el sistema de financiación en base al análisis de estructuras, de oferta y eficiencia relativa

de los centros, con el fin de orientar coherentemente los recursos disponibles a las políticas y planes de salud establecidos. Se trata de enfatizar la necesidad de resolver la cuestión de la financiación a nivel micro si se ha de abordar el problema financiero macro descrito en este trabajo.

En esencia, el sistema aquí propuesto, desarrollado en un trabajo reciente (Cabasés et al., 1997), consiste en incorporar dos componentes, uno derivado de los costes específicos o "justificables" del hospital, que expresa la capacidad instalada y las características estructurales del mismo, y otro que depende del tipo de casuística que atiende y de la experiencia en la gestión de los recursos efectivamente controlables por el equipo directivo.

Conviene en primer lugar formular los objetivos deseables que debería tener el modelo de financiación para hospitales.

- El modelo de financiación hospitalario tiene que ser compatible con el compromiso de garantizar el acceso de todos sus ciudadanos a los servicios sanitarios. Esto requiere ser especialmente cuidadoso con propuestas de financiación que pudieran implicar selección de riesgos por parte de los hospitales ante pacientes con expectativas de coste superiores a los ingresos previstos.
- El modelo de financiación debe incentivar la producción eficiente de servicios. Una condición necesaria para incentivar la eficiencia es no garantizar todos los costes en que incurran los hospitales. Esto implica inevitablemente un cierto traslado de riesgos del financiador a los hospitales y por tanto a los directivos y profesionales que trabajan en ellos. Es básico que el traslado de riesgos sea efectivo, es decir los premios y penalizaciones sean establecidos explícitamente en el contrato de financiación. Debe ser factible por tanto reestructurar hospitales e incluso en última instancia cerrarlos.
- Debe permitir la predicción presupuestaria del financiador e impedir el crecimiento descontrolado de los gastos.
- El contrato de financiación debe considerar explícitamente las cuestiones referidas al establecimiento de estándares de calidad en la prestación de servicios.
- Los hospitales deben tener expectativas sólidas sobre su financiación a lo largo del tiempo. Es decir, el traslado de riesgos inducido por el método de pago no debe ser excesivo. Teóricamente lo deseable sería que el hos-

pital asumiera los riesgos derivados del mayor o menor grado de eficiencia obtenido en la provisión de los servicios establecidos más los resultantes de variaciones estocásticas de los costes. El resto de los riesgos debería asumirlos el financiador considerándolos como costes específicos “justificables” del hospital.

- El conjunto de reglas que definan el modelo de financiación hospitalario deben ser resistentes a las actividades de influencia política.
- Por último, el financiador y los proveedores deben considerarlo aceptable. Tanto en términos teóricos como a nivel práctico, ningún modelo de financiación hospitalaria reúne de forma satisfactoria estas propiedades.

La forma más tradicional de analizar la financiación de los hospitales es conceptualizarla como un continuum de modelos que tiene sus dos formas polares en el reembolso total de los costes incurridos (presupuestos retrospectivos) y la financiación estrictamente prospectiva (presupuestos prospectivos). La primera implica financiar el 100% de los costes específicos del hospital. Los presupuestos prospectivos suponen la fijación de precios “predefinidos” para determinadas medidas de actividad hospitalaria. Los presupuestos globales pueden considerarse como una variante de los presupuestos prospectivos donde la cantidad de servicios que paga el financiador está cerrada y predeterminada.

Un sistema de financiación que reúna propiedades óptimas debe combinar un porcentaje de financiación relativo a los coste específicos o justificables de cada hospital, junto con otro porcentaje en función de algún tipo de costes estándar establecidos para todos los hospitales que participen en el modelo (Martín, 1996).

El primer componente debe determinarse a partir de un análisis específico de cada hospital según la información disponible y de la aplicación de metodologías rigurosas de identificación de perfiles hospitalarios. En este sentido, la aplicación de la técnica de Grados de Pertenencia (GDP) puede ser un instrumento adecuado.

El segundo componente se define según el grado de mejora de eficiencia relativa que se estime oportuno exigirle. La obtención de fronteras no paramétricas de eficiencia relativa de los hospitales a través de la aplicación del Análisis Envoltente de Datos (AED) es en este sentido un instrumento de utilidad para orientar la toma de decisiones del regulador o principal.

Según los recursos totales disponibles el financiador/regulador “comprará” a cada centro sanitario un conjunto de productos cerrado y predefinido. La producción a conseguir en hospitalización se expresará en número de altas ajustadas por un índice de complejidad predefinido. La desviación en complejidad sobre el objetivo supondrá menor valor de lo producido y por lo tanto menor nivel de financiación. De forma similar se establecerán los objetivos de las otras líneas de producción hospitalaria, como consultas externas y cirugía ambulatoria, definidas estableciendo criterios correctores para evitar efectos de actividad innecesaria.

El modelo propuesto deja indeterminado el porcentaje del total presupuestario del hospital que es asignado en función de cada uno de sus componentes, esto es esencialmente una cuestión política a definir según el traslado de riesgo que quiera trasladarse a los hospitales.

La propuesta efectuada es flexible, permitiendo variar en el tiempo el peso de los costes específicos o “justificables” tanto en el porcentaje como en las variables que se incluyan en el GDP utilizado. Igualmente la utilización de modelos AED permite considerar una amplia gama de escenarios según las opciones tanto de producción como de costes que considere el financiador.

En el corto plazo existen márgenes de mejora de eficiencia en los hospitales para aplicar este esquema en el actual marco institucional y organizativo. Pero esto implicaría algunas modificaciones coherentes en el resto de los subsistemas que conforman la estructura organizativa. En particular, un fuerte compromiso del centro corporativo con el modelo, lo que conlleva un reforzamiento de los sistemas de incentivos asociados y de la transparencia de los mismos y su desarrollo a todos los niveles, especialmente entre los profesionales sanitarios. En una situación en que un hospital no cumpliera la restricción presupuestaria establecida deberían ser explícitas y creíbles las consecuencias tanto para el equipo de dirección como para el resto de trabajadores. Las amenazas y promesas deben ser explícitas y creíbles.

6. Conclusiones

- No es posible aislar la cuestión de la financiación del sistema sanitario de otros aspectos que atañen a la planificación y la gestión, pues la presión al alza del gasto sanitario público tiene sus raíces en características intrínsecas al sistema, incertidumbre y asimetrías de información y el carácter de bien tutelar del que se ha dotado a estos servicios en la legislación, contribuyendo a la aparición de comportamientos de azar moral en consumidores y proveedores.

- A pesar de haberse introducido cambios recientes en el SNS, tanto de tipo organizativo, (contrato-programa y nuevas formas jurídicas empresariales para centros y servicios), como financieros (el acuerdo del CPPF de 1994 estableciendo un referente de crecimiento al gasto sanitario de la Seguridad Social y un mecanismo de reparto a las CCAA, la práctica universalización de la financiación), la delimitación de prestaciones, etc., puede decirse que el debate financiero sigue abierto en todos sus frentes: qué financiar, cuánto y cómo.
- Las características de un buen sistema sanitario sugieren un sistema de financiación público basado en contribuciones según capacidad de pago, sin espacio apenas para la financiación privada del sistema de cobertura universal y con un amplio catálogo de prestaciones que no genera la apelación a prestaciones suplementarias importantes por su efecto seleccionador de riesgos.
- La financiación sanitaria autonómica, uno de los aspectos más controvertidos por 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 CCAA 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 CCAA.

7. Recomendaciones

- Cualquier propuesta de reforma del sistema de financiación debe evaluarse frente a un conjunto aceptado de criterios. Las características de un buen sistema sanitario sugieren un sistema de financiación público basado en contribuciones según capacidad de pago, con un amplio catálogo de prestaciones que no genera la apelación a prestaciones suplementarias importantes por su efecto seleccionador de riesgos. Sugiere también la efectividad clínica, la eficiencia financiera, una correcta determinación de prioridades, libertad de elección compatible con las anteriores y comparabilidad con otras acciones sociales.
- En la financiación sanitaria autonómica, en un marco probable de corresponsabilidad fiscal, el énfasis deberá pasar al diseño de garantías para la suficiencia y la solidaridad interterritorial, dejando obsoleto el debate sobre las fórmulas de reparto.

- Es necesario revisar los mecanismos de financiación de centros teniendo en cuenta la importancia de considerar dos componentes: la estructura de los centros hospitalarios u otros, que da lugar a un gasto justificable, y la eficiencia de gestión con que el centro actúa. Una financiación que traslada riesgos debe establecer incentivos a la gestión eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

Abel-Smith, B. J. Figueras, W. Holland, M. Mckees y E. Mossialos: *Choices in Health Policy*. Dartmouth. Aldershot. England, 1995.

Aracil, E., J.R. Banegas, E. Bengoechea, J. del Llano, I. de la Mata, J. Gol, J. González y F. Villar. *Sistema gráfico de información sanitaria en España*. Artursa, Madrid, 1997.

Arneson. *Equality of opportunity for welfare Philosophical Studies* 56, pp. 77-93, 1989.

Barea, J. y otros. *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1992.

Blanco, A. y A. de Bustos. *El gasto sanitario público en España: diez años de sistema nacional de salud*. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional de España y previsiones hasta el año 2000. XVI Jornadas de Economía de la Salud. Valladolid, 6-8 Junio 1996

Boscá, J.E., M. Fernández y D. Taguas: El gasto en protección social: un análisis comparado de España respecto a la Unión Europea. Ponencia presentada a las XVI Jornadas de Economía de la Salud. Valladolid, 6-8 Junio 1996.

Cabasés, J.M. y J. Martín: Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Cap. XIII, pp. 481-537. Coordinadores: Guillem López Casanovas y Diego Rodríguez. Biblioteca Civitas Economía y Empresa. Madrid, 1997.

Cabasés, J.M., J. Martín, P. López del Amo y A. Otero: Modelos de financiación hospitalaria. *IV Encuentro de Economía Pública*. Ponencia. Universidad Pública de Navarra. Pamplona, 6-8 Febrero 1997.

Daniels, N., D. Light y R.L. Caplan. *Benchmarks of Fairness for health Care Reform*. Oxford University Press, New York, 1996.

Daniels, N. *Just Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge, 1985.

Fleurbay, M. *On fair compensation* Working Paper. INSEE. Paris, 1992.

González López-Valcárcel, B., L. Pellisé y P. Barber. La financiación pública de los servicios sanitarios en España. En: *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Coordinadores: Guillem López Casanovas y Diego Rodríguez. Biblioteca Civitas Economía y Empresa. Madrid, 1997.

Martín Martín, J. *Innovaciones e incentivos en organizaciones sanitarias: experiencias en la Comunidad Autónoma andaluza*. En prensa, 1996.

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 i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1994.

Ortún, V. Sistema sanitario y estado del bienestar: problemas a la vista. En: E. de Manuel y F. Catalá (ed.): *Informe ESPAS 1997*.

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.

Sanfrutos, N. La financiación de la sanidad. Situación actual y perspectivas de futuro. *Revista de Hacienda Pública*, nº 1, 1993.

Williamson, O. *The economic analysis of institutions and organisations in general and with respect country studies*. París: OCDE/GD (93) 158 Working Papers, 133, 1993.