

Asignación de recursos sanitarios: un análisis comparado

Carmen Molina Garrido
Universidad de Málaga

BIBLID [0213-7525 (2003); 66; 321-331]

PALABRAS CLAVE: Financiación regional, Equidad, Estimación de necesidades sanitarias.

KEYWORDS: Financing Healthcare, Fairness, Assessment of healthcare needs.

RESUMEN:

La equidad es uno de los principios fundamentales de los sistemas sanitarios públicos. En España la asignación de recursos sanitarios ha seguido un criterio puramente capitativo por lo que se plantea la idoneidad de repasar los métodos empleados en otros países, con el objeto de encontrar experiencias comparadas útiles que concreten la noción de equidad en el reparto de los recursos sanitarios. Para ello repasamos tanto métodos asignativos basados en fórmulas de medición de las necesidades de gasto sanitario, casos del Reino Unido y Nueva Zelanda, como asignaciones mediante transferencias finalistas desde el gobierno central hacia las administraciones territoriales, concretados en los casos de Canadá y Australia.

ABSTRACT:

The fairness is one of the fundamental principles of the sanitary systems public. In Spain the allocation of sanitary resources has followed a criterion purely per capita reason why the suitability considers to review the methods used in other countries with the intention of finding compared experiences useful that they make specific the notion of fairness in the distribution of the sanitary resources. For it we reviewed methods based on formulas of measurement of the necessities of sanitary cost, cases of the United Kingdom and New Zealand, and allocations by means of transferences finalists from the central government towards the territorial administrations, made specific in the cases of Canada and Australia.

1. INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad establece en los artículos 3 y 12 que los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir las desigualdades sanitarias y a garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos para igual necesidad.

Una aproximación a este concepto de equidad la realizan Le Grand (1982) y Money (1983) que entienden la igualdad de acceso como enfrentamiento a los mismos costes personales por recibir asistencia sanitaria. Estos costes personales pueden concretarse en los costes de oportunidad soportados por recibir el mismo tratamiento, las diferencias existentes en los precios, las desigualdades en los tiempos de espera o la distancia de los centros médicos que conlleva costes de desplazamiento.

A pesar de esta especificación del concepto de equidad, en España la asignación de recursos sanitarios se ha llevado a cabo atendiendo únicamente a un criterio puramente capitativo. Se ha entendido, de esta forma, que todos los individuos tienen semejante necesidad de asistencia sanitaria sin existir diferencias en la demanda por razón de edad, sexo o nivel de renta.

Si bien es cierto que la población es el factor más importante para determinar la necesidad de servicios sanitarios, hay otros factores, como la estructura demográfica, la morbilidad-mortalidad, el tratamiento de los enfermos desplazados, los niveles de investigación y docencia o las diferencias en el precio relativo de los inputs, que pueden tener también una fuerte influencia en la necesidad de servicios y que deben ser consideradas en una distribución equitativa de los recursos.

Por ello puede resultar conveniente repasar los métodos utilizados en otros países, para encontrar experiencias comparadas útiles que concreten la noción de equidad en el reparto de los recursos sanitarios.

El trabajo se estructura en tres apartados: en primer lugar repasamos los métodos asignativos basados en fórmulas de medición de las necesidades de gasto sanitario, especialmente los casos del Reino Unido y Nueva Zelanda. El segundo apartado se dedica al estudio de las asignaciones mediante transferencias desde el gobierno central hacia las administraciones territoriales, concretados en los casos de Australia y Canadá. El trabajo finaliza con un apartado de conclusiones y consideraciones finales.

2. MÉTODOS DE ASIGNACIÓN BASADOS EN FÓRMULAS DESTINADAS A MEDIR LAS NECESIDADES DE GASTO SANITARIO. CASOS DEL REINO UNIDO Y NUEVA ZELANDA¹

La experiencia más amplia en cuanto al empleo y análisis de fórmulas de reparto de recursos entre regiones la encontramos en el National Health Service, cuya noción de equidad consiste, al igual que en el caso español, en garantizar igualdad de acceso para igual necesidad.

Hasta 1970 el método de financiación de la sanidad inglesa se basó en criterios incrementalistas, asignando a cada Autoridad Sanitaria Regional una cantidad basada en el presupuesto del ejercicio anterior, cantidad que era únicamente incrementada por la prestación de nuevos servicios o por la evolución de salarios y precios. Este criterio de reparto, calificado como ineficiente y generador de divergencias regionales (Maynard y Ludbrook, 1980), fue sustituido durante la primera mitad de los años setenta por la llamada fórmula Crossman. A través de ésta, y por primera vez, se obtenían asignaciones de recursos calificadas como "objetivo" hacia los que debían orientarse gradualmente las asignaciones, adoptándose para ello un período de adaptación. Se determinó, además, que ninguna Agencia podía perder recursos y que aquellas que estuviesen infradotadas deberían obtener mayores incrementos en términos relativos.

Las críticas que recibió esta fórmula se centraron en tres aspectos: la ponderación excesiva otorgada a la variable población, la no consideración de los recursos de capital y la ausencia de un mecanismo de reparto para los niveles inferiores o subregionales.

Para corregir estos inconvenientes se constituyó un grupo de trabajo que desarrolló una fórmula de asignación alternativa, la conocida como fórmula RAWP.

El punto de partida del estudio de la fórmula RAWP era el de "revisar el método actual para distribuir los recursos" con el objetivo de "establecer un método que asegure un esquema de distribución que responda de manera objetiva, equitativa y eficiente a la necesidad relativa". Se pretende asegurar con ello, a través de la asignación de recursos, "igual oportunidad de acceso a la asistencia sanitaria para individuos en igualdad de riesgo". (DHSS, 1976)

Para el desarrollo de la fórmula se partió de las siguientes premisas:

1. El factor población debía seguir desempeñando un papel predominante en la determinación de los recursos a asignar a cada una de las regiones.
2. Los elementos de la fórmula de reparto debían ser independientes tanto de la oferta como de las pautas de utilización de los servicios.

1. Basado en Tamayo Lorenzo (2001).

3. Había que buscar medidas "proxy" de la necesidad relativa de la salud.
4. En la medida de lo posible que fuera un mecanismo aplicable a niveles inferiores de gobierno.

El objetivo era determinar los niveles óptimos de gasto para cada una de las regiones, hacia los que deberían aproximarse gradualmente las asignaciones anuales de recursos. Para ello se elaboró un indicador de necesidad sanitaria con el que ponderar la población de cada región, además de una serie de ajustes adicionales.

Los puntos básicos en torno a los cuales se articula esta fórmula son dos:

- a) No todos los individuos tienen las mismas necesidades sanitarias, por lo que una vez considerada la población como variable básica y determinante de la necesidad, se manejó tanto el tamaño de la misma como su distribución por edad y sexo.
- b) La conveniencia de incluir una variable que reflejara los determinantes sociales y económicos como posibles mecanismos explicativos de las diferencias en los niveles de salud de los individuos. Al no existir una información fiable sobre las pautas de morbilidad regional, se decidió emplear la mortalidad como "proxy" de la morbilidad, escogiendo como variable la Razón de Mortalidad Estandarizada para cada categoría de enfermedad y a modo de indicador de la morbilidad regional.

El método de análisis y cálculo desarrollado se especifica detalladamente en Tamayo (2001): "en primer lugar se determinaron la/s variables que permitieran recoger las diferencias en el nivel de utilización de los servicios sanitarios para cada uno de los grupos de edad y sexo, así como los costes asociados a las diferentes pautas de utilización a partir de los datos nacionales de utilización, por edades y sexo, y de los costes medios asociados a los diferentes patrones de utilización, también para cada grupo de edad y sexo. A partir de los datos sobre días de ocupación de camas por edad y para cada tipo de hospital, se calculaba su coste utilizando el coste medio por cama para cada tipo de hospital, obteniéndose de esta forma las tasas medias de gasto nacional por 1.000 habitantes, por sexo y edad.

Esas tasas de gasto para cada grupo de edad y sexo, se aplican a la población de cada región (desglosada en las correspondientes bandas de edad y sexo), y los resultados se suman para obtener el porcentaje para cada región en estos servicios. Para derivar la población ponderada, por edad y sexo, para cada región, se reparte la población de Inglaterra, "pro rata" a su porcentaje esperado del gasto nacional".

CUADRO 1
CÁLCULO DE LA POBLACIÓN POR EDAD/SEXO

Días de cama por edad y para cada tipo de hospital	*	Coste diario por cama, para cada tipo de hospital	=	Tasas media de gasto nacional, por 1.000 habitantes, por edad y sexo (TM)
Población regional (Desglosada en tramos de edad/sexo)	*	TM Edad/Sexo	=	%Esperado para cada región del gasto nacional
Población nacional	*	% Esperado para cada región del gasto nacional	=	Población regional ponderada por edad y sexo

Una vez obtenida la población ponderada se consideró adecuado realizar una serie de ajustes adicionales: a) en razón de la atención sanitaria a desplazados, b) por los costes adicionales de docencia en hospitales universitarios y c) un ajuste en función de los precios relativos más altos en el área metropolitana de Londres.

- La asistencia sanitaria a desplazados se cuantificaba a través del coste de los flujos netos, definida como diferencia entre pacientes importados y exportados para cada región, empleando el coste medio general por enfermo y especialidad.
- La docencia en hospitales universitarios se introdujo a través de un incremento de recursos, una financiación adicional basada en el coste medio por la formación de cada estudiante, es decir, por los servicios de enseñanza prestados en centros hospitalarios.
- El último ajuste resulta de la diferencia de costes relativos. Se añade una subvención adicional, por lo que se denominó "factor de mercado de trabajo", basado en una estimación de lo que estas fuerzas podían suponer en términos de elevar los costes laborales para la zona de Londres.

La expresión formal de la fórmula quedó de la siguiente forma:

$$P_r^1 = P_n \cdot A_r \sum_r A_r$$

$$A_r = \sum_{\beta \alpha} P_{\beta r} [B_{hijkn} \cdot C_{hm} P_{jkr}] \cdot RME_{kr}$$

donde:

P: Población.

P': Población ponderada.

B: Media nacional de ocupación diaria de camas.

RME: Razón de Mortalidad Estandarizada

h: Tipo de hospital

i: Episodio de enfermedad

j: Grupo de edad

k: Sexo

r: Región

n: Nación

En 1988, y tras una aproximación hacia los objetivos previstos, se inicia un proceso de reforma, motivado por una serie de críticas, tratando de mejorar la sensibilidad en el procedimiento de determinación de las necesidades.

Las críticas recibidas por la fórmula RAWP, como señala López Casasnovas (2001) se centraron en cuatro aspectos. El primero de ellos era la afirmación de la existencia de una relación directa entre mortalidad y necesidad de salud, de forma que la mortalidad fue introducida en la fórmula asignativa con una ponderación igual a la unidad. Esta ponderación se implantó sin la existencia de un modelo estadístico que certificara el valor de la misma, por lo que el grupo de trabajo estableció como recomendación utilizar técnicas de regresión múltiple para estimar el peso de los diferentes factores demográficos, sociales y sanitarios. Además se estudió la fórmula funcional más adecuada y se determinó que era la exponencial, por lo que se tomaron logaritmos en los valores de las variables.

La segunda crítica estaba relacionada también con la mortalidad y la relación existente entre morbilidad y factores sociales ligados a situaciones de pobreza. Como recomendación se estableció la inclusión de un índice que combinara variables vinculadas a situaciones sociales de privación, ya que estas variables podían tener efectos sobre la necesidad sanitaria independientemente de la morbilidad.

El índice seleccionado era el conocido como Índice Jarman o UPA8 basado en una encuesta realizada a una muestra de médicos británicos sobre la carga de trabajo adicional que tenían que soportar como consecuencia de factores sociales, sobre los que además se disponía de información censal.

CUADRO 2
COMPONENTES DEL ÍNDICE JARMAN Y PESOS ASIGNADOS

Ancianos que viven solos	6.19	Familias monoparentales	3.01
Menores de 5 años	4.64	Viviendas infradotadas	2.88
Trabajadores no cualificados	3.74	Emigración	2.68
Desempleo	3.34	Hogares integrados por minorías étnicas	6.19

El tercer factor crítico relativo a la fórmula RAWP era el hecho de la inclusión de la Razón de Mortalidad Estandarizada para todos los grupos de edad, centrándose las críticas sobre todo en la inclusión del grupo de mayores de 75 años, que podían distorsionar los datos, por lo que se recomendó la exclusión de las tasas de mortalidad estandarizada para este grupo de edad.

Por último, y en relación a la estrategia de estimación de los recursos necesarios para afrontar el nivel de necesidad indicado por la mortalidad, el hecho de calcular los recursos a partir del coste medio de las estancias hospitalarias según su duración, determinaba que, no sólo no se distinguiera por especialidades, sino que además los resultados podían ser fácilmente influenciados por la existencia de unas pocas estancias de larga duración (Carr-Hill, et al. 1994). La recomendación que se estableció en este sentido fue la de medir el coste a través del número de estancias hospitalarias del área, al que se aplicaron los costes medios por estancias.

La fórmula recomendada incluía, además, indicadores de accesibilidad geográfica de los centros sanitarios, en un intento de aislar las relaciones existentes entre necesidades y demanda atendida, de los efectos de la oferta.

Una versión modificada de esta fórmula se empezó a implantar en Inglaterra y Gales a partir de Abril de 1990, junto con una serie de medidas destinadas a reformar el sistema en la línea de los llamados "mercados internos". En este sentido las autoridades sanitarias regionales pasarían a ser compradores de asistencia sanitaria dentro y fuera de sus límites territoriales, mientras que los proveedores de servicios, organizados en forma de "trust", serían los hospitales, públicos y privados.

Las modificaciones más significativas llevadas a cabo fueron la supresión del índice Jarman y la alteración, una vez más, del peso de la mortalidad-morbilidad en la fórmula de reparto. Se consideró asimismo que ya no eran necesarios los ajustes en función del coste de atención a trasladados, puesto que se introdujo la facturación directa de los costes generados por los trasladados, abonados por el distrito de origen.

Con estas modificaciones, los factores demográficos son los que predominan en la fórmula RAWP, de tal forma que la mitad del presupuesto total se asignaba directamente a los mayores de 65 años.

La nueva formulación RAWP era la siguiente:

$$P_r' = P_n \cdot A^c \sum A_r$$

$$A^c = \sum_{jkh} P_j [B_{jkn} \cdot C_{km} P_{jn}] \cdot RME < 75 \cdot U,$$

donde:

P: Población.

P': Población ponderada.

B: Media nacional de ocupación diaria de camas.

C: Coste por cama y día

RME<75: Razón de Mortalidad Estandarizada para menos de 75.

U: Función de UPA8

h: Tipo de hospital

i: Episodio de enfermedad

j: Grupo de edad

k: Sexo

r: Región

n:Nación

Finalmente, una nueva revisión se efectúa en 1994, en un intento de realizar una revisión crítica de la fórmula por las nuevas fuentes disponibles de información así como por los avances en las técnicas estadísticas.

El cambio más importante que se produce es la sustitución de la Razón de Mortalidad Estandarizada como medida "proxy" de la necesidad por dos nuevos índices diferenciados, uno para servicios de agudos y otro para servicios psiquiátricos. En estos nuevos índices se manejaron un amplio abanico de variables, tanto variables de salud como variables socioeconómicas asociadas a la necesidad adicional de asistencia sanitaria.

La población continuó siendo la base sobre la cual se distribuían los recursos, ponderándose ésta por tres factores: a) la estructura de edad, b) la necesidad de salud y c) los costes locales de la provisión de servicios, y siendo cada uno de estos ajustes independiente, de manera que uno de ellos podía aumentar la participación en ingresos de cada nivel regional, al tiempo que otro la reducía.

La población ponderada de una región se calcula como sigue:

$$WP_i = POP_i * (1 + a) + (1 + n_i) * (1 + c_i)$$

donde:

Wpi: Población ponderada de la región i

POPi: Población sin ponderar de la región i

ai: Ajuste por edad para una región i

ni: Ajuste por necesidad de salud para una región i

ci: Ajuste por costes relativos en una región i

El nivel nacional medio de a, n y c es cero.

A modo de conclusión, en el siguiente cuadro aparecen las modificaciones más significativas llevadas a cabo en la fórmula RAWP desde su implantación:

CUADRO 3
**RESUMEN DE LAS VARIABLES EMPLEADAS EN CADA UNA DE LAS
FASES DE LA METODOLOGÍA RAWP**

	RAWP 1976	RAWP 1988	RAWP 1994
Necesidad relacionada con la edad	Utilización por cada grupo de edad/sexo	Curva de edad/coste	Curva de edad/coste más sensitiva
Necesidad sanitaria	Tasa de mortalidad estandarizada	Tasa de mortalidad estandarizada por edades de 0 a 74 años	Tasa de mortalidad estandarizada por edades de 0 a 74 años Tasa de enfermedades crónicas estandarizadas Porcentajes de ancianos que viven solos Porcentajes de población desocupada

Un segundo ejemplo de mecanismo de asignación de recursos basado en la estimación de necesidades de gasto nos lo proporciona el modelo neozelandés, que puede considerarse como un ejemplo del diseño y utilización de fórmulas basadas en la garantía del principio de equidad, en un escenario de competencia entre compradores de servicios, resultado de la creación de mercados internos como forma de competencia en la gestión.

Los rasgos más significativos de la asignación de recursos sanitarios en Nueva Zelanda, y sin entrar en los cambios recientemente introducidos, son la organización de su sistema de salud y lo peculiar de su fórmula asignativa. Al igual que ocurre en el caso inglés, la asignación de recursos sanitarios se lleva a cabo a través de una estimación de las necesidades de gasto sanitario, siendo original la fórmula de reparto por la valoración que se realiza de una serie de barreras de acceso a los servicios y por la estimación de las especiales necesidades de determinados grupos étnicos.

Se desarrollan tres fórmulas asignativas basadas en la población y todas tienen un planteamiento común: considerar ésta según la estructura de edad, sexo y grupos étnicos, para a continuación ponderarla de acuerdo con los costes asociados a cada tipo de servicio.

El porcentaje de población ponderada que corresponda a cada región se transforma, de esta manera, en su participación en los recursos disponibles para financiar el sistema de salud, realizando también una serie de ajustes adicionales. Esta fórmula determina cómo se distribuyen los recursos financieros destinados a sanidad entre las cuatro autoridades sanitarias regionales existentes, pero no la cantidad de gasto sanitario a realizar por éstas, reservando de esta forma la autonomía de las regiones sanitarias para gastar esos recursos y para decidir los modelos de gestión aplicados a la compra de servicios.

En un análisis de la fórmula de reparto resulta básico destacar la distinción que se realiza entre necesidad y acceso a los servicios sanitarios.

Respecto a la primera, su valoración se realiza a través de la consideración de la distribución por edad y sexo de la población destinataria de la asistencia, mientras que el diferencial de costes sirve para ponderar esa población en orden a asignar los recursos entre las regiones. Además existe una ponderación adicional por lo que se considera necesidades especiales de salud vinculadas a determinados grupos poblacionales.

Finalmente, el otro elemento básico de la fórmula de reparto es el acceso a los servicios en términos de las barreras existentes, que se consideraron de tres tipos, de carácter geográfico, de carácter económico y por último de carácter cultural.

3. MÉTODOS DE ASIGNACIÓN BASADOS EN TRANSFERENCIAS. CASOS DE AUSTRALIA Y CANADÁ.

Una de las características esenciales del federalismo fiscal en Australia es que las responsabilidades de ingresos y las responsabilidades de gasto se encuentran muy diferenciadas, y en el caso de las de gasto divididas entre los tres niveles de gobierno existente.

La responsabilidad en cuanto a los ingresos corresponde a la Commonwealth, recaudando ésta más del 70% de los recursos, por lo que la financiación de los estados y territorios, responsables en mayor medida de la atención sanitaria, se lleva a cabo a través de las transferencias que reciben del nivel de gobierno superior. No existe, por lo tanto, espacio fiscal propio ni posibilidad de cumplir el principio de corresponsabilidad fiscal.

En cuanto a las responsabilidades de financiación y provisión de los servicios públicos, y en concreto de los sanitarios, éstas se encuentran divididas entre los tres niveles de gobierno, aunque en el caso del nivel local sus responsabilidades se limitan a cuestiones de control medioambiental y servicios domiciliarios y comunitarios.

La financiación de los servicios sanitarios se lleva a cabo, por lo tanto, a través de los recursos financieros que la Commonwealth transfiere a los estados y territorios. Estos se proporcionan a través de dos vías: los denominados Pagos o transferencias para propósitos generales (GPP) y los Pagos para fines específicos (SPP).

Los GPP son subvenciones o transferencias de carácter incondicionado, por lo que no están sujetas a ninguna finalidad específica, de modo que pueden ser asignadas por los estados receptores en función de sus propias prioridades de gasto. Se garantiza un estándar medio de servicios tipo siempre que se haga el mismo esfuerzo para incrementar los recursos, considerándose, además, las desigualdades en la capacidad para aumentar la financiación propia y los factores que tengan efectos sobre el coste relativo de proveer el nivel medio de los servicios públicos tipo del Estado.

Los SPP son pagos vinculados a actividades específicas, es decir que son condicionados o finalistas, y cuyo volumen y distribución entre los estados se revisa anualmente. Están basados en objetivos de política nacional de la Commonwealth o bien en acuerdos entre los estados y territorios, y el gobierno federal.

Como señala Tamayo (2001), estas condiciones establecidas respecto de los SPP limitan parcialmente la capacidad de los gobiernos estatales para establecer sus propias prioridades de gasto. El equilibrio entre los objetivos de política fiscal de la Commonwealth y los deseos de los estados de hacer máxima su autonomía en la gestión de estas transferencias se ha alcanzado normalmente en función de las características de cada una de las áreas de gasto a las que afectan estos pagos.

En el caso de CANADÁ, la asignación de recursos responde a un modelo descentralizado en el que, a través de un cierto grado de corresponsabilidad fiscal, se ha logrado compatibilizar la autonomía política de las provincias con la garantía de un sistema asistencial a lo largo de todo el territorio.

Durante los primeros veinte años del sistema de seguro de enfermedad canadiense, la contribución del gobierno federal en apoyo del Seguro Médico estuvo determinada por un porcentaje –cerca de la mitad– de los gastos provinciales respecto a servicios de salud asegurados específicos. En 1977 esos acuerdos de distribución de los costos fueron reemplazados por transferencias per cápita a las provincias y territorios, lo que se conoce como financiamiento global. Para el período de 1977 a 1996, la contribución federal se basó en una cifra uniforme per cápita y tomó la forma de transferencia de impuestos (poder tributario) y pagos en efectivo.

Los acuerdos de financiamiento global en 1977 establecieron que el derecho de las provincias a la contribución federal, estaba condicionada solamente, al cumplimiento de los criterios establecidos en la legislación sobre atención hospitalaria y médica. Debido a que las transferencias ya no estaban ligadas al gasto provincial en hospitales y servicios de médicos, las provincias tenían la flexibilidad de invertir en otros métodos para dar atención médica, o ampliar la cobertura de prestaciones de salud suplementarias tales como medicamentos recetados a personas de la tercera edad o atención dental para niños.

En 1979, un examen de los servicios de salud realizado por la Comisión Hall advirtió que los honorarios suplementarios que los médicos cobraban a los pacientes y las tarifas cobradas a los usuarios por los hospitales estaban creando un sistema de dos niveles que hacía peligrar la accesibilidad a la atención médica.

En respuesta a estas preocupaciones, el gobierno federal reafirmó su compromiso de lograr un sistema de seguro de enfermedad que fuera universal, accesible, íntegro, transferible y administrado públicamente, compromiso suscrito cuando el Parlamento de Canadá promulgó la Ley Canadiense sobre la salud en 1984. A fin de disuadir a las provincias de cobrar a los usuarios y de permitir honorarios suplementarios, la ley dispone una multa de dólar por dólar que se deduce de las transferencias federales si cualquier provincia permite cobrar a los usuarios o permite cobrar honorarios suplementarios por servicios de salud asegurados.

Durante el período de 1977 a 1996 la contribución federal por servicios asegurados de salud se combinó con la de educación postsecundaria y se proporcionó por medio de una transferencia global. La contribución federal se basó en un derecho igual per cápita que se ajustaba anualmente conforme a los cambios en el Producto Nacional Bruto y se calculaba independientemente de los costos provinciales.

A comienzos de 1996-1997 se consolidó la contribución del gobierno federal a los programas sociales y de salud provinciales en una nueva transferencia global, la Transferencia Social y de Salud de Canadá. El financiamiento federal se transfiere a las provincias como una combinación en efectivo y puntos tributarios. De la misma manera que el acuerdo previo de transferencia, los planes de seguro de enfermedad provinciales deben cumplir con los principios de la Ley canadiense sobre la salud a fin de tener derecho al pago completo de la transferencia.

Por lo tanto, dos son los puntos básicos en torno a los cuales gira la asignación de recursos sanitarios. El primero de ellos es la legislación sanitaria básica, norma en la que se fijaron los principios básicos a los que debía adecuarse la prestación de los servicios sanitarios por parte de las provincias, y de cuyo cumplimiento va a depender el que estas puedan recibir las transferencias de los fondos federales.

El segundo punto es la dotación de una transferencia incondicionada que se caracteriza por aglutinar las contribuciones federales destinadas a financiar la asistencia sanitaria y la enseñanza postsecundaria, que no obliga a las provincias a gastarlas en servicios específicos, y que proporciona a éstas un elevado grado de flexibilidad para desarrollar sus propios planes de provisión de asistencia sanitaria, puesto que son las provincias las que tienen esta competencia.

Esta transferencia incondicionada resulta de la combinación de transferencias monetarias y del manejo de los tipos impositivos por parte de las provincias y se puede considerar incondicionada desde el punto de vista de la finalidad del gasto, si bien, permanece cierto carácter condicionado en la medida en que el gasto deberá adecuarse a los principios desarrollados en la legislación básica.

4. CONCLUSIONES

En esta comunicación se ha pretendido aportar un análisis descriptivo de cuatro modelos de asignación de recursos sanitarios atendiendo al principio de equidad desarrollado en los artículos 3 y 12 de nuestra Ley General de Sanidad.

Por un lado se desarrollan los casos del Reino Unido y Nueva Zelanda, cuya asignación de recursos se realiza en función de una fórmula asignativa basada en la estimación de las necesidades.

El caso inglés puede resultar significativo puesto que proporciona un mecanismo de asignación con cierto grado de objetividad y transparencia, resultando útil para el caso español en cuanto a la capacidad para incorporar al proceso distributivo la casi totalidad de las variables comúnmente aceptadas como explicativas de la necesidad, especialmente el caso de la Razón de Mortalidad Estandarizada.

Además la opción de emplear técnicas de regresión para inferir la valoración de diferentes grados de necesidad y la incorporación de ajustes, resulta especialmente útil, sobre todo para los flujos interterritoriales de pacientes.

Dos han sido los trabajos aplicados que se han dedicado a evaluar la traslación a nuestro país de esa metodología. El primero de ellos es el realizado por López i Casasnovas et al. (1992) en el que se emplea la versión primera de la fórmula RAWP. El segundo estudio es el de Rico (1996), cuyo interés reside fundamentalmente en el hecho de que maneja la versión RAWP elaborada por el grupo de York (última modificación), a través de dos índices de necesidad.

Sin embargo, como señala Rico(1996) las propuestas realizadas en esta línea no han contado con una aceptación general. El escenario institucional en el que se desarrolla la fórmula RAWP es muy distinto del caso español, no se cuenta con las mismas disponibilidades de fuentes estadísticas y como señala López Casasnovas (2001) "una fórmula que pretenda medir la necesidad lleva siempre, de forma implícita o explícita, una serie de juicios de valor subjetivos, que pueden condicionar la aplicación de la misma en nuestro país".

Se puede argumentar que, al fin y al cabo, "la distribución de recursos es un proceso político y tiene que hacerse de acuerdo con los principios, valores y prioridades políticas de la sociedad. Así pues, la aproximación del tipo RAWP sería aceptable para su extrapolación siempre que los componentes subjetivos de la fórmula, una vez hechos explícitos, recibiesen suficiente apoyo político o social con vista a hacer efectiva su aplicación".

En cuanto a Nueva Zelanda, ofrece, como señalábamos anteriormente, un ejemplo del diseño y utilización de fórmulas de reparto basadas en la garantía del principio de igualdad de acceso para igual necesidad. Se trata además, y como aspecto positivo, de un mecanismo mucho más sencillo que el diseñado por la fórmula RAWP, y ofrece junto con una valoración de barreras de acceso a los servicios sanitarios, una estimación de las especiales necesidades de los grupos étnicos.

Respecto al segundo grupo de países, mientras que Australia ofrece un mecanismo asignativo basado en dos tipos de transferencias, resulta especialmente significativo el caso de Canadá, puesto que ofrece la posibilidad de conceder, junto con la transferencia incondicionada de recursos, cierto espacio fiscal propio a las provincias. Su estudio resulta especialmente atractivo, sobre todo a raíz de la aprobación del nuevo modelo de financiación autonómica para nuestro país en Julio del 2001.

Existen diversos mecanismos que en principio pueden ser útiles en el momento de elaborar un modelo de estas características: la cesión de tributos a las Comunidades Autónomas, la conversión de tributos cedidos en propios o el establecimiento de un espacio fiscal que permita a las Comunidades Autónomas la fijación de recargos o "surtaxes" con las que se pueda conseguir los niveles propios de recaudación. España ha optado para la financiación de los recursos sanitarios por esta vía de espacio fiscal, y la ha instrumentado a través de la cesión de tributos y las participaciones territorializadas mayoritariamente.

Por lo tanto, y como valoración global en cuanto a la aplicación a España de los modelos sanitarios aquí estudiados, señalar las mayores similitudes encontradas con Canadá, escogiendo un modelo de financiación de espacio fiscal, siendo recomendable además el estudio de los mecanismos de nivelación, aún no desarrollados en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- CARR-HILL, R.; MAYNARD, A. y SLACK,R.(1990): "*Morbidity variation and RAWP*". J. Epidemiol. Community Health.
- CARR-HILL, R.; Sheldon, T.;Smith,p.: Martin, S.; Hardman, G. y Peacock,S. (1994): "Allocation resources to health authorities. Development of method for small areas analysis of use of inpatient services" *British Medical Journal*,390.
- DHSS (1976): "*Sharing Resources for Health in England. Report of the Resource Allocation Working Party*" Londres.
- LE GRAND, J.(1982): "*The Strategy of Equality*". George Allen and Unwin, Londres.
- LÓPEZ I CASASNOVAS, G.; CORONA,J.F.; y FIGUERES, J. (1992): "Estudio del sistema de financiación autonómica de la sanidad". *Fulls Economics-Llibres*, núm.3, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- LÓPEZ I CASASNOVAS (2001):"La sanidad catalana. Financiación y gasto en el marco de las sociedades desarrolladas". *Fulls Economics-Llibres*, núm.16, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- MAYNARD, A. y LUDBROOK,A. (1980): "Budget allocation in the National Health Service". *Journal of Social Policy*.
- MOONEY,G.(1983): "Equity in health care:confronting the confusión" *Effective Health Care*.83.
- SÁNCHEZ MALDONADO, J. y GÓMEZ SALA, S. (1998): "La financiación territorial de la sanidad: especial referencia a España". *Papeles de Economía Española*, 76.
- SÁNCHEZ MALDONADO, J.(1992): "La propuesta andaluza de reforma de la financiación territorial de la sanidad". Seminario sobre la distribución entre Comunidades Autónomas de los recursos públicos de la sanidad. *Quaderns de treball* núm. 37. Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.
- TAMAYO LORENZO, P.A.(2001): "*Descentralización y Financiación de la asistencia sanitaria pública en España. Un estudio desde la perspectiva de la equidad*". Consejo Económico y Social.