

CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, nº 4, junio-septiembre 1988, pp. 49-87

Equidad horizontal y servicios de salud de las comunidades autónomas

Joan Carles Costas i Terrones
Profesor titular de la Universidad de Barcelona

CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa ISSN: 0213-8093. © 1988 CIRIEC-España www.ciriec.es www.uv.es/reciriec

EQUIDAD HORIZONTAL Y SERVICIOS DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

JOAN CARLES COSTAS I TERRONES

Profesor titular de la Universidad de Barcelona

☐ Introducción
 ☐ Equidad Horizontal en el Sistema Sanitario
 ☐ Los sistemas de financiación
 ☐ Equidad y destribución territorial de recursos sanitarios en España. A modo de conclusiones

INTRODUCCIÓN

Durante el pasado reciente se ha producido en diversos paises, en especial en los del sur de Europa, un proceso renovador de la asistencia sanitaria pública del que cabe destacar, entre otras características distintivas, tanto la generalización del derecho a la asistencia a toda la población como la puesta en práctica de sistemas basados en la solidaridad y en la distribución territorial de recursos. En la mayoría de ocasiones el ejemplo del National Health Service británico ha influido poderosamente en la decisión e instrumentación de las reformas.

Ello ha significado incrementar el papel del Estado en el sector sanitario tanto por vía de la financiación como en el de la regulación de los sistemas de provisión de la asistencia. De esta manera, las reformas sanitarias llevadas a cabo en Grecia, Portugal, Italia y España han tendido a la creación de organismos autónomos que intentan por procedimientos políticos y administrativos diversos un cierto grado de descentralización en las tomas de decisiones al tiempo que estimulan la asalarización del personal sanitario y el traspaso desde el sector Seguridad Social al sector Administración Central del grueso de la financiación del gasto público sanitario.

En España el proceso ya quedó prefigurado en las declaraciones constitucionales referentes al derecho a la asistencia sanitaria y a la composición múltiple del Estado. Los Estatutos de Autonomía y la Ley General de Sanidad (LEGSA) concretaron la aspiración a un sistema de provisión de los servicios sanitarios más cercano a la colectividad y más justo respecto a su ámbito de cobertura. Así los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas del artículo 151 de la Constitución, a los que se unieron Canarias y la Comunidad Valenciana, contemplan como competencias del gobierno autónomo tanto los servicios sanitarios estatales como los de la Seguridad Social. Por su parte, las restantes Comunidades Autónomas acceden al primer grupo de servicios sanitarios. estatales, al tiempo que, en el futuro, mediante la reforma de sus estatutos lo harán a los de la Seguridad Social.

Equidad Horizontal y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

Como es bien conocido, el proceso de transferencias sanitarias, en especial las del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), ha sido un proceso no pacífico (1), en el que los desacuerdos respecto a competencias de las Comunidades Autónomas y procedimiento de financiación han ocupado un buen especio del guhacer político. En lo que hace referencia al problema de las competencias, existe un buen número de trabajos como por ejemplo los de Muñoz (1982) y Manrique (1985), que a pesar de la doctrina cambiante del Tribunal Constitucional han concretado el ámbito de estas competencias sanitarias. Tal vez la única excepción. notabilísima, consiste en la polémica desatada respecto a lo que debe entenderse comprendido en el concepto de "régimen económico de la Seguridad Social" aunque ello ya se inscribe, al menos parcialmente, en el campo de la financiación.

En lo que respecta al procedimiento de financiación ha pasado por diversas alternativas que hoy admiten posibilidades diversas, en especial si, como es previsible, el presupuesto de la Administración Central absorbe la financiación total del INSALUD.

EQUIDAD HORIZONTAL EN EL SISTEMA SANITARIO

En un reciente artículo, el profesor Shoup (1988), pág. 115 señalaba que a diferencia de los ingresos impositivos, el objetivo de equidad horizontal en los servicios públicos "no se hace visible o por lo menos pasa inadvertido... al menos para los economistas". Si bien en un sentido general la afirmación es totalmente cierta, en algunos gastos concretos —servicios sanitarios y enseñanza sustancialmente— se ha alcanzado ya un cierto nivel de trabajo realizado y, lo que es más importante, un buen grado de consenso respecto al significado del objetivo equidad horizontal. No obstante, una vez llegado este consenso, la dificultad se halla en instrumentarlo de forma coherente.

En lo que se refiere al gasto sanitario, y como se ha señalado anteriormente, la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios públicos es una de las caracterís-

(1) A ello ha contribuido notablemente el proceso de contención presupuestaria llevado a cabo por el INSALUD en el período 1983-1986. En este sentido ver Costas y López (1988). La descentralización de la gestión de los servicios sanitarios públicos es una de las características de los procesos de reforma que han tenido lugar en los pasados años

ticas comunes a los procesos de reforma que han tenido Probablemente con una pasados años. lugar en los influencia muy elevada del modelo adoptado por la Gran Bretaña y de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, los paises que en una última década han revisado a fondo la forma de provisión de la asistencia sanitaria, han optado por esquemas en los que una ámplia mayoría de las competencias son asumidas por niveles subcentrales de gobierno, con distintos grados de autonomía presupuestaria y financiera. La motiviación de esta línea de actuación parece ser clara. Cuanto mayor sea el acercamiento de los centros de decisión organizativa a los mejor será la percepción de las usuarios. necesidades de éstos, al tiempo que permitirá mayor adecuación a las posibilidades técnicas y humanas del territorio, lo que dará lugar a un más alto aprovechamiento de los recursos puestos a disposición de las autoridades sanitarias. En otras palabras, como los sistemas de decisión centralizada han evidenciado su falta de sensibilidad ante los diversos tipos y niveles de necesidad sanitaria, la provisión descentralizada se juzga más eficiente.

Como es fácil suponer, los grados de autonomía en las competencias son variables, aunque en casi todos los casos este grado es considerable. En lo que respecta a la autonomía financiera, también es posible observar bastante diversidad en las fórmulas adoptadas pero una característica común es el intento de superar, en mayor o menor plazo, las diferencias territoriales en los niveles de asistencia sanitaria.

En la misma línea que las experiencias extranjeras, la LEGSA establece como objetivo que "la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales" (art. 3). Al expresarse de esta forma, la Ley está dando cuenta de una realidad ya observada anteriormente en múltiples ocasiones: las diferencias en los niveles sanitarios existentes en el territorio español.

Estrictamente considerada, la medida de la desigualdad debería realizarse de acuerdo con el «producto» del sistema sanitario, es decir, los niveles de salud de los colectivos a comprarar, teniendo en cuenta al mismo

tiempo las diferencias que puedan originarse debido a los estilos de vida y, tal vez, las compensaciones —en forma de mayores rentas— a ciertos grupos de personas en situaciones especiales de riesgo, mineros por ejemplo.

Sin ninguna duda, este procedimiento de medida de la desiguladad hoy es impracticable debido a los múltiples aspectos o dimensiones que componen el nivel de salud de una persona y a la cuestionable legitimidad de la agregación de estas dimensiones. Ante la carencia de un índice sintético de salud, es preciso acudir a otros indicadores de las diferencias territoriales en asistencia sanitaria pública.

En el caso español, un buen número de estudios (2) han demostrado la existencia de profundas diferencias territoriales en mortalidad, utilización de los servicios, dotaciones de personal e inversiones sanitarias que dan lugar a concluir la existencia de un alto nivel de desigualdad, si no en el output global sanitario, sí al menos del sistema. Como consecuencia. inputs considerando la autonomía de gestión de distribución interna de recursos de las unidades subcentrales tendente a mejorar la eficciencia asignativa el intento de superación de las desigualdades ése ha observado en vinculación al procedimiento de financiación «regiones» sanitarias mediante el establecimiento de un criterio de equidad territorial.

La formulación concreta del criterio de equidada horizontal puede establecerse en distintas formas, pero en general se ha realizado desde el enfoque de necesidad relativa a través del análisis de los distintos factores que afectan a la oferta y demanda de asistencia sanitaria ya que, como se observó anteriormente, la instrumentación del índice de salud —el que posiblemente recogería un mayor grado de aceptación— reviste dificultades insalvables.

Las formas más comúnmente analizadas para establecer el criterio de equidad en la distribución del gasto sanitario se hallan claramente inspiradas por la teoría de las subvenciones y han sido las siguientes:

1. Igualdad de gasto por persona, o su equivalente en un sistema de cobertura no generalizada, igualdad de gasto

El criterio de equidad en las distribución del gasto sanitario se inspira en la teoría de las subvenciones

(2) Ver a este respecto, entre otros, los trabajos de Ortún; Clavero y Sánchez; Olola y Mengual; Alonso, Murillo y Antó; Costas; Ruiz Alvarez, García y Negro; etc., presentados a las VIII Jornadas de Economía de la Salud, Gran Canaria, mayo de 1988.

por beneficiario. El destinatario de la asistencia son las personas y por tanto la asignación de recursos debe ser proporcional a éstas. El criterio puede tener un cierto atractivo por su simplicidad, pero desconoce un buen número de problemas seguidamente expuestos.

- 2. Igualdad de recursos reales por persona. Se trata en este caso de observar las diferencias regionales de precios de forma que se igualen las unidades de producto que pueden ser suministradas. Si bien en un sistema de fijación de precios centralizado —sueldos de los profesionales sanitarios, farmacia, conciertos— ello tendría aparentemente una importancia reducida, las diferncias de coste pueden surgir de una asignación de categorías más elevadas al personal sanitario forzado por mayores salarios en el sector privado, lo que elevaría los precios tanto en las instituciones propias como en las concertadas.
- 3. Igualdad de recursos por necesidad igual. Con este criterio se intentan tomar en consideración también las diferencias en la necesidad procedentes de las características de la población. Por ejemplo, el consumo sanitario de los jubilados es muy superior al de las personas de menor edad lo que significa una mayor dotación de recursos a las áreas que tengan una mayor proporción de población con esta característica.
- oportunidades de acceso Igualdad de necesidad igual. Si bien el criterio 2, anterior, tiene en cuenta las diferencias de coste para el sistema público, no toma en consideración las existentes para usuarios. A fin de igualar la oportunidad de acceso, se trata de que aquellas áreas geográficas más accidentadas o con población más dispersa estructuren sus servicios sanitarios de forma que se intenten compensar los mayores costes de tiempo y desplazamiento de los pacientes. Como ha señalado Artells (1983), "en ausencia de esta igualdad se pueden observar determinados efectos en los costes sanitarios derivados de mayores estancias hospitalarias o más las áreas de utilización en menores tasas desequilibradas". Como se anotará posteriormente, éste es el criterio que parece elegir la Ley General de Sanidad al señalar que "el acceso y las prestaciones sanitarias se

Equidad Horizontal y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

realizarán en condiciones de igualdad efectiva" (art. 3), precisando en el artículo 12 que "los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso..." según lo dispuesto en los artículo 6.2 y 158.1 de la Constitutción.

5. El último criterio relevante que ha sido sugerido consiste en la igualdad de utilización por una necesidad igual. Aún en el caso de que se produzca igualdad de acceso, el uso de los servicios también está condicionado por la voluntad de utilizarlos de acuerdo con la valoración realizada por el paciente y, lo que es más importante, por deficiencias en la información que afectan sustancialmente a los grupos de mayor riesgo. Este criterio puede ser cuestionado desde un buen número de enfoques, pero, como mínimo, señala algunos problemas y sus líneas de actuación correctoras que se pueden producir a pesar de la existencia de igualdad de acceso.

Los criterios anteriores son exclusivamente procedimientos de compensación de costes o precisan de un sistema de cuantificación de la necesidad relativa, en términos de output del sistema sanitario. Descartado el índice de salud, es posible la utilización de índices de morbilidad y/o mortalidad como procedimiento alternativo de medida de la necesidad de recursos sanitarios.

La experiencia en la aplicación práctica de los índices de mortalidad, con éxito relativo, se circunscribe al índice de mortalidad estandarizada (IME) en Inglaterra, pero han sido sugeridos un buen número de ellos, como el índice de años de vida potenciales perdidos (IAVPP), índices de mortalidad relativa (IMR) (3), etc. La característica común a estos índices es la utilización de la mortalidad como aproximación a la morbilidad que se estima como el parámetro que mejor se aproximaría a la necesidad. El problema, también común, consiste en que la morbilidad o mortalidad no sólo dependen de los recursos sanitarios sino -pobreza, factores escapan de que se también educación— del ámbito de los recursos sanitarios públicos.

Los índices de morbilidad y/o mortalidad son procedimientos alternativos de medida de la necesidad de recursos sanitarios

⁽³⁾ Para una descripción de éstos y otros índices véase Ortun (1987).

LOS SISTEMAS DE FINANCIACIÓN

En el epígrafe anterior se ha intentado realizar una breve síntesis de los criterios de equidad horizontal que han sido sugeridos en relación a los servicios sanitarios. Desde esta óptica es ahora posible analizar los aspectos concretos de los mecanismos de financiación que han sido utilizados en España. Como se observará se ha prestado una especial atención a la financiación de los servicios transferidos por el INSALUD. Ello es debidotanto a que representan más del 95% del gasto sanitario actual de las Comunidades Autónomas que han recibido estas transferencias como por el hecho de que el grueso de la polémica acerca de la financiación se ha centrado competencias.

A este efecto, se observará previamente la relación existenten entre la Ley Orgánica de Financiación de las comunidades Autónomas y los servicios transferidos por la Seguridad Social para posteriormente examinar el proceso de transferencias y su financiación. Como sea que el origen de los fondos puede ser múltiple, pero centrado en las Comunidades Autónomas, el análisis diferenciará de acuerdo a la Administración Pública de la que proceden, pudiéndose distinguir los procedentes del Estado, de la Seguridad Social, de las Corporaciones Locales y, finalmente, de otra Comunidad Autónoma.

EL SISTEMA LOFCA Y LAS TRANSFERENCIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La primera concreción de los principios constitucionales en el ámbito de la financiación de las CC.AA. estuvo constituido por los Estatutos del País Vasco (EAPV) Catalunya (EAC). Como ha señalado el profesor Pedrós (1980) los preceptos financieros contenidos en el EAC se constituyeron en el modelo adoptado posteriormente por la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas y, con la excepción del País Vasco y Navarra,

Los preceptos financieros contenidos en el Estatuto de Autonomía de Cataluña se constituyeron en el modelo adoptado posteriormente por la LOFCA

Equidad Horizontal y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

de los posteriores Estatutos de Autonomía, dando origen a lo que se ha llamado «modelo LOFCA». Este modelo es aplicable a las Comunidades Autónomas de «régimen común» para diferenciarlas del sistema de concierto o convenio establecido en el País Vasco y Navarra.

Ya que posteriormente se volverá a este tema, no es preciso realizar un análisis del desarrollo que han tenido los períodos transitorio y definitivo señalados en la LOFCA, sinó simplemente señalar algunos puntos relevantes que enmarcan el proceso hasta hoy llevado a cabo.

- A. Los mecanismos fundamntales de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común son la recaudación de los impuestos cedidos, la participación en los impuestos del Estado, las asignaciones procedentes del Fondo de Compensación Interterritorial (FCI) y las transferencias condicionadas correspondientes a enseñanza.
- **B.** En ningún caso se incluyen entre los impuestos cedibles las cuotas de Seguridad Social. Asimismo, tampoco se incluyen entre los no cedibles.
- C. Durante el período transitorio, el porcentaje de participación sobre los impuestos no cedidos se establece sobre los capítulos I y II del Presupuesto. En ningún lugar de la LOFCA se observa que el presupuesto a que se hace mención sea el del sector Estado, entendido como Administración Central, con exclusión de la Segurida Social y, por tanto, de las cotizaciones sociales. Sin embargo, la interpretación posterior no incluyó las cuotas de Seguridad Social.
- D. En el período definitivo-provisional se incluyen las cuotas de Seguridad Social en el procedimiento de actualización del procentaje de participación, considerándolas análogas al grupo de los impuestos no susceptibles de cesión a las CC.AA.

La inclusión parece ser un procedimiento de considerar el crecimiento de las aportaciones del Estado al conjunto de la Seguridad Social, de forma que se neutralice el efecto financiero favorable a las CC.AA. que pudiera producirse. En ningún caso, los servicios sanitarios de la Seguridad Social se incluyen en el

Joan Carles Costas i Terrones

El modelo de LOFCA en su versión actual no contempla los servicios transferidos por la Seguridad Social procedimiento general de financaición.

E. La «inversión nueva» que contempla el FCI no ha incluido en ningún caso las inversiones sanitarias de la Seguridad Social.

F. Obviamente, en ningún caso las transferencias relativas a enseñanza se relacionan con las cuotas de Seguridad Social.

La conclusión que cabe obtener de los puntos aneriores se centra en que la consideración que realiza el modelo LOFCA en su versión actual, no contempla la financiación de los servicios transferidos por la Seguridad Social.

Cualquiera que sea la explicación a este hecho que se las consecuencias son muy importantes. adopte. mantenerse esta linea, el procedimiento de financiación de los servicios transferidos por la Seguridad Social se halla pendiente de regulación específica, y esta regulación debe servicios los cuenta aue realizarse teniendo en transferibles a las CC.AA. son todos los de la Seguridad Social, no sólo los del INSALUD e INSERSO, aunque con diferente grado de intensidad. Por otra parte, se debe señalar que es posible sin modificación en la LOFCA, considerar incluídas en su ámbito de aplicación, tanto las cotizaciones sociales como el gasto sanitario del INSALUD y, consecuentemente, integrar en sus procedimientos de financiación a los servicios transferidos por la Seguridad Social.

LA DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL INSALUD

La primera transferencia del INSALUD fue realizada a Catalunya en el año 1981, iniciándose la gestión por parte de la Comunidad Autónoma en diferentes meses según cual fuera el tipo de servicio. A partir de 1982 quedan totalmente finalizados los traspasos y asumidas las competencias. Es preciso esperar tres años para que se realice la segunda de las transferencias, la de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y es en 1988 cuando se inicia la gestión por parte del País Vasco y Valencia.

Las CC.AA. con transferencias del INSALUD son Catalunya, Andalucia, País Vasco y Valencia. Durante este período de tiempo, más concretamente en 1986, hace su aparición la Lev 14/1986, General Sanidad (LEGSA), que contiene un amplio conjunto de previsiones de orden financiero. En buena parte estas previsiones son consecuencia de los problemas que se habían producido con anterioridad entre las CC.AA. y la Administración del Estado respecto a la valoración de los servicios tranferidos por el INSALUD y en ella se configura el sistema de financiación del conjunto de servicios CC.AA. desde cualquier otra transferidos las administración pública.

A pesar de la amplitud de la LEGSA, los acuerdos de traspasos anteriores a su entrada en vigor, por rango normativo, no quedan modificados y por tanto mentienen sus peculiaridades. Con todo, parece conveniente no efectuar un examen detallado de cada uno de ellos, sino que será suficiente en el examen que a continuación se realiza de la LEGSA, con indicación de las diferencias más sustantitas que presentan.

LA DISTRIBUCIÓN EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD

El procedimiento de distribución entre Comunidades Autónomas de régimen común del Presupuesto del INSALUD se halla contenido en el extenso artículo 82 de la LEGSA y consiste en "la asignación de una cantidad proporcional a la población protegida que reside en la Comunidad. A fin de contrarrestar el impacto que supondría la adopción inmediata de este procedimiento se establece un período de diez años en el que se anulará ela diferencia entre el porcentaje de gasto sanitario inicial y el porcentaje de la población protegida... al ritmo de un 10% anual".

Aparentemente el sistema goza de una gran sencillez y realismo, pero posee un conjunto de características que lo hace, cuando menos percectible.

1. La igualdad de recursos por persona protegida implica, desde el enfoque de equidad horizontal, que todas las personas, em media, tienen la misma necesidad de recursos sanitarios. Sin embargo, es sobradamente

El sistema de distribución del Presupuesto del INSALUD asignando una cantidad proporcinal a la población protegida de cada Comunidad Autónoma de régimen común es, cuando menos.

conocido que la utilización y, por tanto, el gasto que realizan las personas de mayor edad, por ejemplo los mayores de 65 años, es muy superior al realizado por el produce población. Asimismo. se de la intensidad. menor análogo aunque con fenónomeno respecto a los menores de, por ejemplo, 7 años (4). en consecuencia, aquellas CC.AA. con mayor número de personas mayores precisarán de una mayor dotación para suministrar los mismos servicios sanitarios que otras Comunidad Autónoma con una población más joven.

Otros factores también influyen en el gasto sanitario a realizar por la Comunidad Autónoma receptora de las transferencias del INSALUD. Sin intentar pormenorizar, pueden citarse como ejemplo de diferencias de costes la densidad de población, los costes de personal, el grado de ineficiencia heredado o las dotaciones de inversiones (5).No cabe duda de que la estadística sanitaria española en la actualidad no ha alcanzado en modo alguno el nivel que sería deseable pero sí existen en este momento, o bien son de obtención inmediata para todas las Comunidades un buen conjunto de indicadores Autónomas. distribución por edades y densidad de población, estadi civil, deficiencias en la dotación de recursos sanitarios —número de camas, tecnología especializada, etc.— y otros que, en tanto se procede a la elaboración de un método adecuado, serían mucho más satisfactorios que la simple distribución según el número de beneficiarios.

Por otra parte, es preciso considerar que llevados a la práctica, otros criterios basados en la consideración de los factores de diferenciación, cumplirían en mucha mayor medida el principio de solidaridad establecido como guía de actuación tanto por parte de laSeguridad Social como del sistema general de financiación de las Comunidades Autónomas. Además, ya que se trata de fondos afectados a servicios de la Seguridad Social y por tanto no utilizables para otras finalidades, educación por ejemplo, y todavía no se ha establecido de forma medianamente clara la relación existente entre gasto sanitario y salud, se puede dar lugar a efectos tan poco deseables como la creación de servicios

no necesarios.

(4) Véase, por ejemplo, Rymer v Adler (1987).

(5) Él tamaño de los hospitales construidos es factor de importancia decisiva. La situación rural o urbana o bien la calidad docente del centro hospitalario tienen influencia notoria sobre sus costes (ver, entre otras, Cromwell et al 1987).

Equidad Horizontal y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

Se desconoce el número real de beneficiarios de la Seguridad Social que existe en cada Comunida Autónoma

- 2. La distribución por beneficiarios se establece como criterio de asignación, a pesar de que se desconoce el número real de estos beneficiarios que existe en cada Comunidada Autónoma. La realidad de esta afirmación se ha puesto de manifiesto con la realización de una encuesta en Catalunya que tiene como único fin su determinación o en la disposición contenida en el Acuerdo con la Comunidad Andaluza, en el que utilizando el mismo criterio de distribución se queda a la espera de efectuar oportunos trabajos estadísticos o (que) sea implantantada la cartilla de asistencia sanitaria individual", trabajos aparentemente no se han realizado hasta el día de hov. La medios refleiada hasta 1986 en los de la comunicación. entre la Administración Central v Generalitat de Catalunya es un claro indicio de las consecuencias de utilizar una cifra desconocida como módulo de reparto, desconocimiento que desvirtua el período de diez años de ajuste y concede al procedimiento un carácter de clara negociación política.
- 3. El criterio de población protegida no se aplica directamente al total de gasto del INSALUD. La consecuencia del procedimiento puede consistir en un cierto «clientalismo» en detrimento de las CC.AA. con competencias del INSALUD ya que, de acuerdo con el artículo 82, "antes de efectuar el repartro se determinarán en primer lugar, los gastos presupuestarios necesarios para la atención de los servicios comunes estatales y los relativos a centros especiales que, por su carácter, sea preciso gestionar de forma centralizada". Por tanto, el volumen de los gastos «centrales» que se deducirá del «fondo» a distribuir entre las Comunidades Autónomas, el Presupuesto del INSALUD, queda a la discreción del propio órgano que luego debe gestionar la asistencia en aquellas Comunidades que no hayan recibido los traspasos de competencias del INSALUD va que la responsabilidad respecto a la asistencia se sitúa de pleno en los órganos de gobierno de la Comunidad Autónoma y no en el INSALUD.

En este sentido es preciso señalar que los gastos centrales de este organismo registraron en crecimiento entre 1984 y 1985 del 26,16%, precisamente en el momento

Los anteproyectos
del presupuesto de
gastos de la
asistencia sanitaria
de la Seguridad
Social elaborados
por las
Comunidades
Autónomas sólo
tienen, si alguno, un
valor orientativo

en que se realizó el traspaso de servicios a Andalucía. Además, y a riesgo de caer en la anécdota, cuando Cataluña intentó en 1984 que un «centro nacional», el Hospital de parapléjicos de Toledo, asistiera a un afiliado a la Seguridad Social residente en la Comunidad Catalana, la respuesta del centro fue que facturaría los servicios prestados. Se debe señalar ahora que en elpresupuesto del INSALUD de 1988, a la hoira de efectuar la distribución entre CC.AA., no ha deducido cantidad alguna en concepto embargo. persistiendo. sin centrales servicios de deducción por Centros Nacionales.

La inseguridad que el procedimeitno establecido comporta para la financiación del Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma se hace patente en las normas presupuestarias. Estas Administraciones Públicas "elaboraran anualmente el Anteproyecto del presupuesto general de gastos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social...". Posteriormente, el Anteproyecto "se remitirá a los órganos competentes de la Administración del Estado para su integración y adaptación a los recursos disponibles del Sistema de Seguridad Social, presentándolo después a las Cortes Generales para su aprobación». En consecuencia, el Anteproyecto aprobado por los órganos competentes de la Comunidad tiene, si alguno, un valor «orientativo» ya que, en tanto no sea aprobado el Presupusto de la Seguridad Social y la distribución intercomunitaria, se desconoce el importe de los créditos correspondientes. Cabe ahora recordar que, por ejemplo, la Ley de Presupuestos del año 1983 es de fecha 13 de julio de ese mismo años, es decir, que de haber estado en vigor el sistema establecido en la LEGSA, las Comunidades Autónomas hubieran desconocido sus presupuestos reales durante más de la mitad del ejercicio, aunque hubieran aprobado el presupuesto de la Comunidad con anterioridad al inicio del año. Sin duda, difícilmente podría realizarse de forma efectiva la inclusión de todos los ingresos y gastos en los presupuestos de las Comunidades Autónomas dispuestos por el artículo 21 de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas.

4. Es necesario matizar ahora lo expuesto en el punto anterior A pesar de que la LEGSA entró en vigor en 1986,

en la elaboración de los Presupuestos del INSALUD de 1987 y 1988, el Anteproyecto de cada Comunidad Autónoma no se ha tenido en cuenta ni se ha «integrado» en el Presupuesto General en la forma establecida por la LEGSA. En 1988 la dotación a cada Comunidad Autónoma viene reflejada en el Presupuesto INSALUD y en forma individualizada, como debiera haberse realizado desde 1982, ya que las competencias presupuestarisa (6) son de la Comunidad Autónoma.

En el mismo sentido es posible observar que, salvo para disposicioens estatales de carácter vinculante que comporten gasto adicional, las cantidadea asignadas tienen carácter limitativo y, por tanto, los "compromisos de gastos que se adquieran por cuantía superior de su importe deberán ser financiados con recursos aportados por la propia Comunidad Autónoma". En consecuencia, un presupuesto de la Seguridad Social con el carácter restrictivo de los correspondientes a 1985 y a 1986 que se apruebe a mediados de ejercicio, generará probablemente un déficit e las CC.AA.

Un tercer aspecto de inseguridad que cabe mencionar se centra en el procedimiento de participación sobre las desviaciones presupuestarias. Como es sabido, sin interrupción desde 1982, las leyes de presupuestos han incluidos disposiciones que permiten a la Seguridad Social ejercicio en curso, gastos generados cargar al ejercicios anteriores. A pesar de la abosrción de déficits que supuso la Ley 3/1983, en repetidas ocasiones se ha señalado por los representantes sindicales en el Consejo General del INSALUD, la existencia de déficits que no se reconocen hasta ejercicios posteriores, desconociéndose cuál es el criterio que lleva a imputarlos a uno u otro ejercicio. En consecuencia, la participación de las CC.AA. en las desviaciones presupuestarias se realiza cuando ésta se reconozca, lo que puede suceder con un retraso de años y en el mejor de los casos cuando se presente la liquidación presupuestaria, es decir, al menos cuatro meses después de cerrado el ejercicio. El cuadro n.º 1 sintetiza las cantidades recibidas por Catalunya en cada año y el ejercicio económico al que realmente pertenecen. Como

La participación de las CC.AA. en las desviaciones presupuestarias sólo se realiza cuando éstas se reconocen, lo que puede comportar un retraso de años

(8) Salvo la estructura contable y de programas.

Joan Carles Costas i Terrones

sea que las cifras contenidas se comentan por si mismas, no es preciso insistir en ello.

CUADRO N.º 1

INGRESOS DEL «INSTITUT CATALA DE LA SALUD» Alos a los que pertenecen y en los que realmente se reciben (las cifras no incluyen amortizaciones)

PERTENECEN A:	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	TOTAL
REDIBIDOS DURANTE:				*				
1981	9,920			_		-	·	9,920
1982	4,000	108,621	_		_			112,621
1983	5,230	1,352	129,238			_	. —	135,820
1984		8,470	, <u> </u>	137,248	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	-		151,218
1985			3,940	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	148,609			15,549
1986	_			6,827	13,173	165,759	, <u></u>	185,759
1987	_		. <u> </u>	0,924	1,528	14,577	182,604	199,633
1988				_			*27,600	27,600
TOTAL	24,650	118,443	133,178	144,999	163,310	180,336	210,204	975,120

^{*} Previsión.

Equidad Horizontal y Servicios de Salud de las comunidades Autónomas

CUADRO N.º 2

DESVIACIONES PRESUPUESTARIAS INSALUD 1980-1987

AÑO	PRESUPUESTO INICIAL	GASTO REAL	% DESVIACIÓN	% CRECIMIENTO PRES. INIC.	% CRECIMIENTO GASTO REAL	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1980	498,304	551,806	10,74	0		
1981	605,401	654,313	8,08	21,49	18,58	
1982	695,447	762,498	9,64	14,87	16,53	
1983	800,436	843,590	5,39	15,10	10,67	
1984	875,214	900,796	2,92	9,34	6,78	
1985	970,354	1.015,666	4,67	10,87	12,75	
1986	1.049,032	1.154,811	10,08	8,11	13,70	
1987	1 155,018	*1.307,281	13,18	10,10	13,20	

^{*} Estimación.

FUNETES:

— El presupuesto del INSALUD pertenece a las memorias de presupuestos de la Seguridad Social de cada uno de los respectivos años.

— El gasto sanitrio proviene de las memorias de liquidación de cada ejercicio del INSALUD.

El reconocimiento más palpable de la inseguridad anotada ha quedado reflejado en los documentos presupuestarios de las dos CC.AA. que hasta el pasado año tenían transferidos los servicios del INSALUD. Así, en la Memoria del Presupuesto de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía del año 1986 es posible observar:

"Determinación de los créditos 1986"

La distribución de créditos del Presupuesto de 1986 parte de una situación inicial de insuficiencia motivada por la escasez de recursos del presupuesto del INSALUD.

Ante esta circunstancia los créditos destinados a amparar el gasto de las diferentes rúbricas presupuestarias no garantizan la cobertura total de los mismos. Por ello se ha optado por dotar suficientemente algunas partidas atendiendo a la naturaleza ampliable o limitativa de los mismos. manteniendo otras con una insuficiencia inicial. Es de resaltar. no obstante, que aunque los créditos presupuestados no cubran la totalidad de los gastos estimados, habrá de producirse un incremento de recursos aportados por la Administración Central como consecuencia de la participación de la Consejería de Salud y Consumo en la liquidación del presupuesto del INSALUD de 1984 y 1985. Esta participación está ya en fase de preacuerdo y representará una adición de créditos de 5.400 millones respecto a 1984; estando pendiente de establecer la cantidad correspondiente a 1985. que será sensiblemente superior" (pág. 78).

En un sentido análogo cabe entender las «dotaciones adicionales» por diversos importes presentes en los presupuestos del Institut Català de la Salut, la Entidad Gestora de los servicios sanitarios de la Generalitat de Catalunya, que responden a la existencia "tradicional» de las desviaciones presupuestarias reflejadas en el cuadro n.º 2.

5. De aplicarse el criterio de población protegida, las consecuencias económicas y sociales pueden ser extremadamente importantes. Como se observa en el Cuadro n.º 5 de indicadores de gasto, algunas Comunidades se situan en 1983 cercanas al 130% del gasto medio por beneficiario, al tiempo que otras lo hacen en torno al 70% de este gasto medio (7). En el caso de este segundo grupo, el panorama para la Administración de la Comunidad Autónoma sería optimista. Se alcanzarían recursos que sobrepasan el gasto real —si es que hay forma de conocerlo— en el momento de la transferencia de competencias y les sería posible ofrecer un mejor dotado Servicio de Salud. Como los recursos están afectados, forzosamente sólo se dedicarán

De aplicarse el criterio de población protegida, las consecuencias económicas y sociales pueden ser extremadamente importantes

(7) En 1982 estas cifras eran del 120 y 80%. Las diferencias son probablemente más una consecuencia de los gastos que no se registraron en el años correspondiente, que la expresión de una oscilación en la dotación real.

a gastos de salud (8) y como simultáneamente no tienen coste de oportunidad para la Comunidad se gastarán realmente. La consecuencia es clara, se producirá una expansión del gasto en estas CC.AA. sin que sea posible hacer observación alguna referente a su deseabilidad social ya que depende en su cuantía y dirección de la actuación histórica del INSALUD y en ningún caso de las circunstancias económicas, culturales o sociales en general de la Comunidad.

Si bien la Comunidad Autónoma estará dispuesta a

Si bien la Comunidad Autónoma estará dispuesta a aceptar en estos términos la transferencia de los servicios del INSALUD, para realizarla es necesaria también la conformidad de la Administración del Estado. Para esta última supone un incremento del gasto de nula rentabilidad política en esa Comunidad en concreto, mientras que representa o bien incrementar el gasto total o bien reducir las dotaciones dirigidas a los territorios en los que sigue gestionando los servicios. Las consecuencias de esta situación son fácilmente imaginables y serán o no verificadas en el momento en que se trate de efectuar los traspasos a Galicia, única Comunidad en la que se produce este fenómeno y su Estatuto de Autonomía permite llevarlos a cabo.

Para aquellas Comunidades en las que el gasto se sitúa por encima de la media, la perspectiva es exactamente contraria. La dotación a recibir es inferior al gasto real y las alternativas ahora son la reducción del gasto no sanitario, el déficit o el descenso del gasto sanitario.

Las dos primeras son inmediatamente descartables ya que la posibilidad de emisión de deuda está fuertemente limitada y el gasto no sanitario carece del volumen necesario para absorver el impacto. Basta observar que en Andalucía y Catalunya las transferencias del INSALUD suponen el 40% del presupuesto total y recordar que estas Comunidades, por haberse incluido su Estatuto de Autonomía en la vía del artículo 151 de la Constitución, tienen un volumen de servicios no sanitarios muy superior a aquellas Comunidades que lo hicieron a través del artículo 143.

En lo que hace referencia a las posibilidades de reducción del gasto, es preciso resaltar que dependen en

En Andalucía y Catalunya las transferencias del INSALUD suponen el 40% del presupuesto total

(8) Esta es una verdad a medias. Los recursos procedentes de los servicios sanitarios transferidos por el Estado no están sujetos a este destino forzoso v la Comunidad Autónoma puede dedicarlos a otros fines. Sin embargo, su cuantía es muy reducida y no afecta sustancialmente a la afirmación anterior. Por otra parte, los recursos de la Seguridad Social pueden destinarse también a otros fines de ésta, la que en la actualidad se centra en exclusiva en los servicios transferidos por el Instituto Nacional de los Servicios Sociales.

buena medida del alcance y profundidad de las competencias que, de acuerdo con la LEGSA, son asumidas por la Comunidad Autónoma.

Sin intentar en absoluto profundizar en el tema es posible observar las consecuencias específicamente económicas que se derivan. A este fin, el comentario se dirigirá a las competencias según los grupos de gasto bajo el supuesto de que ya han sido transferidos a la Comunidad los servicios del INSALUD. A efectos de ponderación cuantitativa se utilizarán las proporciones existentes en el Presupuesto del INSALUD no descentralizado de 1988.

Las remuneraciones al personal representan el 54% del total y los niveles retributivos quedan fijados por la Administración Central. Resta por tanto a la Comunidad la posibilidad de alterar la composición de los equipos asistenciales a favor de personal de menor nivel retributivo y de cualificación, lo que ya en principio puede redundar en una disminución de la calidad asistencial. Por otra parte, en la LEGSA, entre otras competencias estatales, se hallan:

- a) El establecimiento con carácter general de índices o criterios básicos y comunes para evaluar las necesidades de personal, centros o servicios sanitarios.
- b) La determinación de fines u objetivos comunes en materia de prevención, protección, promoción y asistencia sanitaria.
- c) Los criterios generales de planificación aprobados por el Estato se remitirán a las CC.AA. a efectos de que sean tenidos en cuenta por éstas en la formulación de sus planes de salud y presupuestos.
- d) El Departamento de Sanidad comprobará la adecuación de los proyectos de planes propios de las CC.AA. a los objetivos establecidos por el Estado y, en su caso, advertirá a las CC.AA. de las desviaciones que observe. Formuladas las observaciones y aprobadas por los Organismos competentes (de la Comunidad Autónoma) el Departamento de Sanidad confeccionará el Plan Integrado de Salud. La incorporación de los planes de salud estatales y autonómicos al Plan Integrado de Salud implica la obligación correlativa de incluir en los presupuestos de los años sucesivos las previsiones necesarias para su

La capacidad de las CC.AA. de modificar la composición de los equipos asistenciales puede quedar fuertemente disminuida

- (9) Este apartado es uno de los que mejor reflejan el espíritu desconcentrador de la LEGSA. El Estado comprueba los proyectos de las CC.AA. y no integra si no son atendidas sus observaciones. Una vez aprobado el Plan, obliga a la Comunidad Autónoma a incluir la dotación económica. Afortunadamente, este último aspecto carece de contenido real.
- (10) La cifra consignada para gastos de farmacia en el Presupuesto de 1988 es notoriamente inferior a la previsible. Probablemente se generará una insuficiencia presupuestaria del orden de 80.000 millones de pesetas, es decir, el 50% del inicial. presupuesto CC.AA. de régimen común no participarán hasta, como mínimo, 1989 de la desviación, pero si harán frente a su gasto en farmacia.

financiación, sin perjuicio de las adaptaciones que requiera la coyuntura presupuestaria (9).

En consecuencia, la capacidad anteriormente mencionada de modificar la composición de los equipos asistenciales puede quedar fuertemente disminuida, al quedar atribuido a la Administración del Estado la fijación de los criterios o índices de necesidades del personal.

Los conciertos con entidades públicas y privadas suponen el 12% del conjunto del gasto, pero con una variación importante entre Comunidades Autónomas. Sería posible la obtención de una disminución relativa en la utilización de estos servicios mediante un mejor aprovechamiento de las instituciones propias. Sin embargo, es preciso observar que las instituciones propias se hallan frecuentemente en una situación de congestión.

La parte restante de las compras de bienes y servicios representa el 15% del gasto conjunto y corresponde a gastos realizados en instituciones propias, tanto abiertas como cerradas. A pesar de que en este caso, en especial en las instituciones cerradas, una mejora de la gestión comportaría un descenso en el gasto, su impacto no sería demasiado apreciable debido a la reducida participación en el conjunto anteriormente anotado. Por ejemplo, un 20% de descenso en este gasto supondría un 3% del total.

En lo que hace referencia al gasto en farmacia, 12% del total la capacidad de disminución se centra en intentar dirigir la acción prescriptiva de los facultativos, ya que éste es un servicio que corresponde en su totalidad al estado (10).

En resumen, los grupos de gasto hasta ahora observados suponen un 93% del total y no es necesario continuar su análisis para establecer que las posibilidades que tiene el Servicio de Salud de la Comunidad en orden a reducir el gasto conjunto son muy limitadas.

LOS ELEMENTOS DIFERENCIALES: ANDALUCÍA, CATALUNYA Y VALENCIA

manifiesto. los de anteriormente se puso Como traspasos a Catalunya y Andalucía son anteriores a la entrada en vigor de la LEGSA. El Acuerdo de traspasos a diferenciado sistema establece un Catalunva no financiación de los servicios del INSALUD respecto a los transferidos por el Estado. Incluso en su estructura parece totalmente similar a las de servicios estatales. Sin embardo. contencioso respecto largo después de un procedimiento de participación en el Presupuesto INSALUD, éste quedo fijado en los acuerdos de Febrero de 1986 entre las administraciones del Estado y de Generalitat de Catalunya. Las diferencias más importantes que reviste respecto al sistema LEGSA son, de una parte, la consideración de la población de derecho, no la protegida, procentaje determinación del factor de como participación y por otra, el inicio del período de 10 años que se produce en 1984, es decir, 3 años después de realizarse los traspasos. La base sobre la que se aplica el porcentaje anterior es el Presupuesto del INSALUD minorado por los llamados «Centros Nacionales», hoy los de Parapléjicos de Toledo y Silicóticos de Asturias, los servicios centrales (en 1988 se ha dejado de aplicar esta deducción) y algunas otras partidas. Este procedimiento de determinación de la base a distribuir, aún siendo cambiante, encaja en los preceptos de la LEGSA.

En lo que se refiere a Andalucía, la diferencia más sustantiva con el sistema regulado en la LEGSA está constituida por el porcentaje de participación. Durante el período 1984-85 ésta se diferencia en dos partes. La primera es la correspondiente a la población protegida que se aplica al gasto corriente del Presupuesto INSALUD. La segunda parte está determinada por la población de derecho y se aplica a las operaciones de capital. Posteriormente el porcentaje, con el período transitorio de 10 años ya comentado, se establece en el de población protegida. Algunas peculiaridades del Real Decreto de traspasos han sido suavizados por la práctica. Por ejemplo, el hecho de

Catalunya y
Andalucía tienen un
sistema de
financiación que no
coincide con el
regulado en la Ley
de Sanidad

Fouidad Horizontal y Servicios de Salud de las comunidades Autónomas

que, según el Acuerdo, Andalucía no podría participar en las desviaciones del Presupuesto del INSALUD no ha sido sucesivos acuerdos anuales considerado en los liquidación. Por otra parte, el desconocimiento de la población protegida ha causado que el porcentaje de participación hava quedado permanentemente fiiado en el 17.47%, la que supuestamente corresponde al gasto en el año 1983.

Por lo que respecta a Valencia, el sistema es el contemplado en la LEGSA sin otro elemento a anotar que ya en el primer año de ejercicio de las competencias transferidas parece existir desacuerdo entre la Administración Estado y la Comunidad Valenciana respecto porcentaje de participación que ha sido fijado por la primera en el 9,62%. El cuadro n.º 3 resume las diferencias comentadas.

PAÍS VASCO

Las diferencias entre la Administración del Estado y la Comunidad Autónoma Vasca respecto a los servicios a transferir por la Seguridad Social fueron insuperables hasta el «Pacto de Legislatura» de 1987. La situación de partida en el proceso de negociación era francamente ambigua ya que la LEGSA en su disposición Adicional Primera se limitaba a exceptuar al País Vasco y Navarra del sistema establecido para las CC.AA. de régimen común y remitir el procedimiento de financiación a lo ya establecido en el Estatuto de Autonomía del Pais Vasco y en la Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero Finalmente el Acuerdo fue posible y el traspaso al País Vasco ha tenido plena vigencia desde el 1 de enero de 1988.

financiación de las competencias del País Vasco, implica

dificultad estribaba en

Según lo manifestado por representantes políticos del País Vasco, la gran compatibles los principios del Concierto con la diversidad de los gastos que financian las cuotas de Seguridad Social. En síntesis, la eventual contradicción podría ser observada de la siguiente forma. El Concierto, como sistema de

El traspaso al Pais Vasco ha tenido plena vigencia desde el 1 de enero de 1988 Joan Carles Costas i Terrones

CUADRO N.º 3

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO INSALUD

	% ACUERDO	% REAL	BASE DE DISTRIBUCIÓN	ORIGEN DE LOS RECURSOS
País Vasco	6,24	6,24	Presupuesto INSALUD - disminuciones (FISS, Ing. propios) + Servicios Ministerio + Entidades colaboradoras	5,72% INSALUD 0,52% Estado
Catalunya	1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	Población de derecho	Presupuesto INSALUD - disminuciones (las de PV + Centros Nacionales y otras)	INSALUD
Andalucía Gasto Corriente Inversiones	Población protegida Población de derecho	17,47 17,09	Presupuesto INSALUD - disminuciones (igual Catalunya) - inversiones - inversiones	INSALUD
València	Población protegida	9,26	Presupuesto INSALUD - disminuciones (igual Catalunya)	INSALUD

que la Comunidad Autónoma regula y recauda los impuestos estatales en su territorio y compensa a la Administración Central mediante el pago de una cantidad, «el cupo»,, que incorpora el principio de solidaridad. La determinación de esta cantidad que compensa la Comunidad Autónoma al Estado por los servicios que presta éste último es el 6,24% de estos gastos. Este porcentaje concreto es la participación del País Vasco en el Producto Interior Bruto del Estado Español.

En consecuencia, conforme la Comunidad Autónoma Vasca va asumiendo nuevos servicios, reduce la cantidad a pagar como cupo en el 6,24% de las cargas generales.

Por tanto, a la espera de que los servicios del INSALUD sean financiados por el Estado, la participación se fija en el porcentaje que en su día supondrá al País Vasco esta transferencia.

Cabe ahora señalar únicamente dos puntos. En primer lugar, que el porcentaje de población protegida en el País Vasco se ha establecido en el 5,72% del total español y, en consecuencia, la Comunidad Autónoma Vasca participa en un 109%, aproximadamente, con respecto a la media del Estado. En segundo lugar, que la participación relativa al PIB de una Comunidad Autónoma no es, en forma alguna, una manifestación de la necesidad relativa de recursos sanitarios.

A la hora de determinar la base sobre la que se aplica el porcentaje de participación anterior, el País Vasco ha sabido recoger e incorporar la experiencia de anteriores traspasos a otras CC.AA. El Real Decreto es en este aspecto de una total transparencia y precisión que no cabe duda eliminará la posibilidad de diferencias de interpretación. Se especifican con toda claridad conceptos a deducir y a incrementar sobre el Presupuesto del INSALUD. Así, las existentes CC.AA. de régimen común quedan reducidas exclusivamente a las dotaciones al Fondo de Investigaciones Sanitarias y a la correspondiente a la parte de gasto que se considera financiada con ingresos propios de las instituciones sanitarias. Esta última deducción viene justificada por el hecho de que los ingresos que produzcan por venta de servicios las instituciones sanitarias del País Vasco constituyen ingresos de la Comunidad Autónoma.

Los incrementos son una peculiaridad del sistema vasco ya que no se producen en la base de las restantes CC.AA. Es posible agruparlos en dos conceptos, entidades colaboradoras y costes asociados. Las entidades colaboradoras son aquellas entidades que suministran a sus empleados asistencia sanitaria y por este concepto deja de ingresar las cuotas correspondientes. Como sea que este es un gasto de asistencia sanitaria que no aparece reflejado en el Presupuesto del INSALUD, se procede a su inclusión.

El segundo de los incrementos es el de costes

Joan Carles Costas i Terrones

El acuerdo con el País Vasco es el modelo hacia el que deberían tender los acuerdos de las CC.AA. pendientes de recibir los traspasos. asociados. Se consideran costes asociados un coniunto de servicios prestados por los Ministerios de Trabajo v Seguridad Social y de Sanidad y Consumo cuya importancia es mayor en el terreno competencial que en el de su cuantía. De esta forma, se incluyen costes tanto de la Tesorería General, de la Dirección General de Régimen Económico y de la Intervención General de la Seguridad Social, como de los programas de Dirección y Servicios Generales y Dirección, Ordenación y Coordinación de la Ministerio Sanidad. de Sanitaria del Asistencia compensaciones en estos conceptos pueden entenderse de acuerdo con el punto B.1.b. del Real Decreto de la transferencia de las funciones y como traspasos. servicios que prestan los ministerios señalados referentes a la dirección, organización, vigilancia, tutela e inspección de los servicios traspasados. Claramente el margen autonomía en la gestión de los servicios es superior en el País Vasco.

El efecto conjunto de base y porcentaje produce que los recursos transferidos sean aproximadamente el 10% superiores a los de las restantes CC.AA., medido por el gasto por habitante.

Por otra parte, es preciso destacar que el Acuerdo ha establecido un mecanismo de participación automática en las desviaciones presupuestarias del INSALUD que libera al País Vasco de los retrasos señalados por las Comunidades Autónomas de régimen común.

el País Vasco Acuerdo con síntesis. el -prescindiendo ahora del porcentaje pactado- es modelo hacia el que debieran tender los acuerdos de las CC.AA. pendientes de recibir los traspasos. Ello es así porque comporta claridad y precisión en la determinación presupuestarias. resolviendo desviaciones de las problemas más importantes con los que se enfrentan las CC.AA. de régimen común.

TRANSFERENCIAS DEL ESTADO A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

POR SERVICIOS TRANSFERIDOS POR LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL

Corresponde a los servicios del tipo salud pública y de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional transferidos a las CC.AA. con un cierto grado de variación en la intensidad de acuerdo con sus Estatutos. El procedimiento de fijación del importe es el regulado no por la LEGSA sino por la Ley Orgánica de Financiación de las CC.AA. (LOFCA). Ya que su importancia respecto al gasto total es hoy muy limitada, al tiempo que ha sido y es actualmente el objeto de multitud de análisis, no parece necesario aquí insistir en él, salvo para señalar que en cualquier caso se trata de financiación indiferenciada respecto a los servicios. Es decir, los recursos procedentes de este epígrafe constituyen el grueso de la financiación general de las CC.AA. y puede dedicarse a cualquiera de los servicios que éstas prestan.

POR GARANTÍA DEL NIVEL DE SERVICIOS MÍNIMOS

"correair orientarán а sanitario se gasto de desigualdades sanitarias... según lo dispuesto en ... el artículo 158.1 de la Constitución". Como es sabido, este artículo de la Constitución garantiza la existencia de un «nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos» y, a pesar de que fue desarrollado por la LOFCA (art. 15) no ha sido utilizado hasta el día de hoy. De cualquier forma es posible señalar que se trata de garantizar un nivel «mínimo», definido como el «nivel medio en el territorio nacional», lo que supone graves dificultades a la hora de establecer concretamente este nivel. Por otra parte, el mecanismo está contemplado con gran cautela ya que es preciso que la Comunidad dé cuenta anualmente a las Cortes de la

utilización y nivel de prestación alcanzado, al mismo tiempo

El artículo 12 de la LEGSA establece que las políticas

El artículo 158.1 de la Constitución, desarrollado por el artículo 15 de la LOFCA no ha sido utilizado hasta el día de hoy Joan Carles Costas i Terrones

que de ser necesaria su utilización por segunda vez en el período de cinco años se procederá a la modificación de las transferencias señaladas en el punto anterior.

TRANSFERENCIAS DEL FONDO DE COMPENSACIÓN INTERTERRITORIAL

El Fondo de Compensación Interterritorial es dotación recogida en los Presupuestos del Estado que representa una de las diversas formas en que se da cumplimiento al principio constitucional de solidaridad. Está dotado con una cantidad de solidaridad. Está dotado con una cantidad variable que no puede ser inferior al 30% de la inversión estatal «nueva», excluidos los gastos de inversión en defensa. La distribución entre Comunidades criterio acuerdo con uп realiza de Autónomas se redistributivo en el que se considera la inversa de la renta por habitante (70% del total), el saldo migratorio (20%), la superficie, la tasa de paro y la insularidad, es decir, criterios que no tienen relación directa alguna con las dotaciones sanitarias a alacanzar de cada Comunidad Autónoma.

La característica más importante del FCI a efectos de su dedicación a proyectos sanitarios, ya que puede dirigirse a cualquier otro servicios transferido, consiste en que debe ser forzosamente utilizado en programas de inversión y en ningún caso en gasto corriente. Por tanto, no existe correlación entre inversión y los costes que psteriormente genere su funcionamiento, limitándose consecuentemente su uso a la posibilidad de financiación posterior del gasto corriente inducido. También en este caso, el proceso de análisis y discusión al que se halla sometido obvia la necesidad de profundizar en el tema, salvo señalar que el Fondo de Compensación Interterritorial no trata de igualar el nivel de inversión pública entre Comunidades Autónomas, como pone de manifiesto el criterio de distribución utilizado, sino financiar la nueva inversión y actuar como mecanismo redistributivo.

COMPENSACIÓN POR AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

Aún no está regulada la forma en que se financiará el gasto generado por la ampliación de la cobertura de los servicios sanitarios de la Seguridad Social

Como se ha señalado anteriormente, uno de los objetivos de la Reforma Sanitaria consistía en la ampliación de la cobertura de los servicios sanitarios de la Seguridad Social al conjunto de la población, mientras que en la formulación definitiva de la LEGSA esta ampliación ha quedado reducida a las «personas sin medios económicos». La forma en que se financiará el gasto que pueda ser generado de esta forma y su procedimiento de distribución entre Comunidades queda pendiente regulación por parte del Gobierno, aunque de acuerdo con el artículo 80 de la tantas veces citada Ley General de Sanidad se realizará «en todo caso con cargo a transferencias estatales».

A la esperea de esta regulación cabe preguntarse si estas asignaciones se realizarán directamente al Servicio de Salud comunitario o previamente se integrarán en el Presupuesto de la Seguridad Social por tratarse de inclusión en sus servicios. Si este último fuera el caso, difícilmente podría cumplirse lo dispuesto en la propia LEGSA va que, como observó, el procedimiento de distribución de las dotaciones de la Seguridad Social se considera población protegida, no basa en У desigualdades territoriales. Si se dirige directamente al Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, ¿realmente tendrán en cuenta las diferencias en dotaciones públicas, cuando éstas afectan en mayor medida a las regiones con más altos niveles de renta? En este sentido es posible recordar que los índices de número de camas muestran que a excepción de Canarias son precisamente estas Comunidades las más afectadas, mientras que la línea de actuación seguida por el Fondo de Compensación Interterritorial no hace pensar que la cuestión anterior se responda afirmativamente. Además no parece posible que el Gobierno regule cuestiones de distribución de recursos a las comunidades Autónomas al margen del artículo 157.3 de la Constitución.

Por otra parte es posible señalar que la indefinición

respecto al criterio forzosmente debe producir extrañeza cuando el artículo 16 ha establecido con toda claridad, el procedimiento de cálculo cuando sea el caso de aquellas personas con recursos económicos que deseen recibir los servicios de la Segurida Social sin estar afiliados a ésta.

PLANES DE SALUD CONJUNTOS

El artículo 71 de la Ley de Sanidad establece la posibilidad de efectuar planes de salud conjuntos entre el Estado y las De conformidad con lo dispuesto por el artículo 18 de la LOFCA, el artículo 71 de la LEGSA establece la posibilidad de efectuar planes de salud conjuntos entre el Estado y las CC.AA. Si bien en esta último Ley no queda expresado, cabe recordar que el citado artículo 18 prevé esta colaboración exclusivamente para gastos de inversión. En este sentido es posible anotar que un uso ámplio de esta disposición tendría difícil avenencia con los criterios de distribución de gasto del INSALUD, al tiempo que otorgaría un poder discrecional a la Administración Central contrario a los criterios de equidad horizontal.

COMPENSACIÓN POR LA ADSCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE LAS CORPORACIONES LOCALES

Con fin de conseguir una estructura sanitaria más integrada, la LEGSA prevé la adscripción a las CC.AA. de los centros dependientes de las Corporaciones Locales que prestan servicios cuyas competencias recaigan en la Comunidad Autónoma. En general, los servicios que prestan los entes locales son los contemplados por la Ley de Bases de la Sanidad de 1944 y por la Ley de Régimen Local de 1985 pero, bien por la necesidad de complementar las prestaciones del INSALUD o por el deseo de recibir mejores servicios sanitarios, la realidad actual es que algunas Corporaciones Locales tienen un nivel de gasto sanitrio mucho más elevado que otras.

El mecanismo de compensación previsto en los borradores previos del Proyecto de Ley establecería con una cierta claridad que, una vez realizada la adscripción funcional, los entes locales deberían mantener una parte del gasto de los servicios gestionados por la Comunidad, lo que redundaba en un tratamiento francamente injusto, habida cuenta de la fuerte diferencia entre Corporaciones Locales en cuento al gasto realizado. Como muestra de ello basta observar que en 1980 el 72% del gasto de los municipios lo realizan los ayuntamientos de las capitales de provincia y que de este último el 46% lo realiza el Ayuntamiento de Barcelona y el 15% del de Madrid.

Las previsiones contenidas en la LEGSA parecen seguir una linea semejante pero de una forma confusa ya que se establece que entre las transferencias del Estado se sitúan las dedicadas a "la compensación, por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud" (artículo 79), sin mayor explicación

La forma en que los entes locales participarán en la financiación tampoco queda claramente especificada. Únicamente se establece que "la participación en la financiación ... se llevará a efecto, por un lado, por los propios municipios y, por otro, con cargo al Fondo Nacional de Corporaciones Locales" (artículo 79.2).

En definitiva, parece que en el futuro las aportaciones serán realizadas por el Estado, por las propias Corporaciones Locales y por el Fondo Nacional de Cooperación Municipal, pero sin expresión de las condiciones en que se realizarán. Probablemente, ésta será en ese futuro otra fuente de divergencias entre las tres Administraciones tanto como un probable origen de tratamientos diferenciales que no respeten el principio de equidad horizontal.

Una cierta mayor claridad respecto a esta cuestión tienen las disposiciones transitorias de la LEGSA. "En todo caso, hasta tanto entre en vigor el régimen definitivo de financiación de las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales contribuirán ... en una cierta cantidad igual a la asignada en sus presupuestos, que se actualizará anualmente para la financiación de los establecimientos adcritos a..." (Disposición Transitoria Primera) lo Servicios de Salud. Aunque estrictamente considerada, esta disposición carece de contenido (cantidad igual a la asignada en

sus presupuestos), parece que ha de interpretarse en el sentido de que las Corporaciones Locales deben mantener la asignación existente en el año 1986 en su presupuesto para transferirlo a la Comunidad Autónoma durante un período indeterminado. La diferencia de trato que ésto supone para Barcelona o Madrid por ejemplo, ya ha sido anotada y no es preciso extenderse en ella. Con todo, sí es preciso señalar que al no explicitar la Ley cómo se fija la participación ni cómo se actualiza, probablemente se producirán divergencias entre Comunidad Autónoma y Corporación Local a la hora de determinar el importe exacto. De cualquier forma, la financiación queda «garantizada» ya que la misma Disposición Transitoria Primera establece terminantemente que desde el momento de la adscripción funcional "las Comunidades Autónomas financiarán con sus propios presupuestos el coste efectivo de los establecimientos y servicios que queden adscritos...", lo que puede a su vez redundar en una débil capacidad negociadora de la Comunidad Autónoma.Por otra parte, resulta sorprendente la referencia la régimen definitivo de financiación de las Comunidades Autónomas. ¿Significa que en el período definitivo la fórmula de participación ha tenido o tendrá en cuenta la adscripción de los servicios sanitarios de la Administración Local? Tal vez, pero en ningún caso ha sido mencionado en la discusión que hasta hoy se ha producido respecto al período definitivo contemplado en la LOFCA, ni parece que haya quedado contemplado en forma alguna en el actual sistema definitivo provisional.

Una consecuencia de estas disposiciones de la LEGSA—indudablemente no querida por el legislador— consiste en la actualidad en un deterioro considerable de la asistencia prestada por las Diputaciones. A partir del momento en que estas instituciones pacten las transferencias de servicios de asistencia psiquiátrica hoy de su competencia, a los Servicios de Salud comunitarios, deberán contribuir de acuerdo asto anteriormente realizado. En consecuencia las dotaciones presupuestarias se hacen cada vez más reducidas, a fin de minimizar las futuras aportaciones.

En la actualidad se ha producido un deterioro considerable de la asistencia prestada por las Diputaciones

TRANSFERENCIAS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS E INSALUD POR COMPENSACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS

En el marco de la elección por parte del paciente del centro donde puede recibir los servicios, la LEGSA contiene un conjunto de posibilidades entre las que cabe ahora señalar la de acceso a los servicios especializados localizados en otra Comunidad Autónoma. Ciertamente, el procedimiento establecido es prudente, ya que sólo será esta utilización "cuando las necesiades posible diagnóstico y tratamiento superen las disponibilidades sanitarias de una Comunidad Autónoma" (artículo 14.1.3) o bien "cuando por la naturaleza del proceso fuera preciso (y así lo acuerde) la Administración Sanitaria competente, previo informe del servicio que hubiera atendido al paciente..." (artículo 14.1.5). A pesar de esta prudencia, algunas Comunidades Autónomas, debido a que el número de sus habitantes no justifica la instalación de determinados servicios de gran especialización y coste, deberán hacer un uso tal vez amplio de la posibilidad anterior de desplazamiento de sus protegidos hacia otra Comunidad.

Por otra parte, algunos centros hospitalarios, especial situados en las grandes ciudades, tienen un alto nivel de prestigio y poder de atracción motivados por la prestación de servicios de alto nivel asistencial. Al tiempo, la profesionales sanitarios propia ética de los aconsejar, en ocasiones como último recurso, el uso de estos servicios de alta tecnología. Tanto en uno como en otro caso, el coste es muy elevado y se hace necesario establecer un sistema de compensación económica de los «fluios de usuarios». Es posible destacar que este sistema constituye un caso singular en el vigente sistema de financiación autonómica que no ha contemplado hasta el presente en ningún caso compensaciones o «venta» de servicios entre gobiernos de un mismo nivel.

La forma estalbecida por la LEGSA para efectuar la compensación por prestación de servicios consiste en el «pago por proceso y, en su defecto, por las tarifas Joan Carles costas i Terrones

Se hace necesario establecer un sistema de compensación económica de los «flujos de usuarios» establecidas por otros criterios». Cabe señalar ahora dos aspectos de estos procedimientos.

dificultad existe primer lugar, la gran establecer el coste por proceso. Los hospitales españoles, y los de la Seguridad Social no son la excepción, no tienen establecido el coste de procesos tan complejos como pueden ser los trasplantes de órganos -médula ósea, por ejemplo— o un buen número de intervenciones que vienen precedidas y seguidas de numerosas visitas y gran uso de elementos auxiliares de diagnóstico (analítica y radiología). Por otra parte, aún suponiendo subsanadas las dificultades contables, el procedimiento o bien supone utilizar el coste directo medio como criterio de compensación, sin tener en bien se entra indirectos. 0 costes cuenta los imputaciones de estos últimos costes que serán siempre discutibles.

El segundo aspecto a considerar es la posibilidad de utilización de otros criterios para el establecimiento de tafizas. Aparentemente, la LEGSA ha intentado con esta definición atender algunos aspectos de los flujos pacientes que difícilmente podrían aplicar el criterio de coste por proceso. Se trata por ejemplo, del uso de servicios de especialistas en ambulatorios en las zonas limítrofes de la Comunidad Autónoma. Así, los servicios de Andalucía y Catalunya son utilizados por beneficiarios de la Seguridad Social residentes en Extremadura y Valencia, reespectivamente. Parece aceptable que en estos casos, realicen se no aestión, economía de individualizados por cada servicio, sino que se llegue a la determinación a tanto alzado del importe global para un período de tiempo determinado.

Los procedimientos anteriores representan una solución a un problema que genera el propio mecanismo de financiación y que podría haber sido resuelto en su origen. Incluso bajo el esquema de porcentaje, éste puede tener en cuenta la existencia de «centros de excelencia» u otros flujos de pacientes, de la misma forma que lo ha realizado el procedimiento establecido en Gran Bretaña. No cabe duda de que ello hubiera tenido dificultades tanto de cuantificación como políticas pero no hubiera supuesto, como lo

hace la fórmula elegida, la discusión contínua de costes y admisibilidad de los pacientes, sino que hubiera posido ser resuelto con un único examen, por ejemplo, cada cinco años (11).

EQUIDAD Y DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE RECURSOS SANITARIOS EN ESPAÑA. A MODO DE CONCLUSIONES.

Hasta este momento se han examinado parcialmente los aspectos de equidad, desde el enfoque basado en el criterio de necesidad. Como es bien sabido, este enfoque ha tenido en los últimos años un amplio desarrollo, proponiéndose un buen número de procedimientos que intentan satisfacer el criterio de equidad. Sin embargo, los análisis y propuestas efectuadas parecen no haber considerado en su totalidad la realidad institucional que se está conformando mediante el desarrollo del Estado de las Autonomías.

Por otra parte se ha intentado discutir y revisar los procedimientos vigentes de financiación de los servicios sanitarios transferidos a las CC.AA. A pesar de algunas de estas fuentes de financiación no han sido utilizadas de momento, es posible obtener de todo ello algunas conclusiones.

1. La experiencia más importante para España, en el sistema RAWP en Inglaterra, se inscribe en un sistema sanitario de responsabilidad centralizada. El RAWP es administrativa. descentralización desconcentración ٧ autonómico español proceso mientras aue el descentralización política y administrativa con mayor intensidad de la primera en varios casos. Por tanto, la experiencia británica, al igual que cualquier otro criterio basado totalmente en la necesidad relativa, puede hallar su campo de aplicación en mucha mayor medida respecto a la distribución interna de recursos que realiza la Comunidad Autónoma que en relación a la

El sistema RAWP inglés es desconcentración y descentralización administrativa y el español es descentralización política y administrativa

(11) El procedimiento ya de por sí complejo, se hace de gestión aún más difícil debido a la necesaria libertad de acceso de todos los protegidos por la Seguridad Social. La eliminación de los «volantes de desplazados» recientemente establecida, hace que la Comunidad Autónoma desconozca la residencia de los pacientes y el tema se complica aún más, si cabe, debido a la existencia de centros concertados.

distribución entre las CC.AA.

- 2. Los procedimientos de distribución de un «fondo sanitario», basado en la necesidad relativa del tipo IME (Indice de (Indice de Mortalidad Estándard). IMR Mortalidad Relativa), IAVPP (Indice de Años de Vida Potenciales Perdidos) IMIPSE (Indice de Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable), estan basados en la mortalidad. Pasado un tiempo desde el inicio de su aplicación, 10 años por ejemplo, estarán influidas por la eficaca con que la Comunidad Autónoma haya gestionado sus recursos. Si las más eficientes han reducido su mortalidad, se verán penalizadas. Por otra parte, las cifras sobradamente conocidas de tasas de mortalidad y gasto sanitario, en la OCDE no muestran relación alguna.
- 3. Los estilos de vida parecen influir sobre los estados de salud. Prescindiendo de declaraciones formales, un estilo de vida más saludable puede constituir un objetivo del servicio de salud autonómico y también puede ocurrir lo contrario. De producirse el primer caso y conseguirse el objetivo, se produciría un descenso en la mortalidad y morbilidad. En consecuencia, también significaría un descenso, al menos a corto plazo, de las dotaciones. Además, las estadísticas de morbilidad deberían ser elaboradas por las CC.AA., lo que podría redundar en un mayor empobrecimeinto de estas estadísticas.
- 4. Recientemente se ha destacado la relación existente entre la renta y el paro con los estados de salud. No es necesario profundizar en el tema para observar que si esta relación existe, el fondo sanitario a distribuir entre CC.AA., no constituye el mecanismo más oportuno para subsanar las causas del problema y, en especial considerando que ya existen ingresos de las CC.AA. vinculados a las tasas de paro y renta.
- 5. La distribución del gasto entre las actividades sanitarias,

Equidad horizontal y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

si bien está parcilamente condicionada, es la esencia de las comptetencias presupuestarias del gobierno autonómico. Los «programas» obligatorios que puedan ser establecidos por la Administración Central, difícilmente obligarán a realizar actividades que la Comunidad Autónoma no desee efectuar. Además, una extensión de estos programas tropezaría con dificultades constitucionales y, lo que puede ser más importante, supondría obstaculizar las iniciativas transformadoras que pueda emprender una Comunidad Autónoma. Precisamente unas iniciativas, de las que tan necesitado está el sistema sanitario español, que pueden ser posteriormente trasladadas a otras CC.AA. Valga como ejemplo de ellas las aportaciones que está realizando la Junta de Andalucía a la financiación sanitaria y que pudiera destinar a otros tipos de gasto y la universalización que ha efectuado ya el Gobierno Vasco.

- **6.** El sistema de financiación de los servicios transferidos por el INSALUD reviste un conjunto de características entre las que cabe citar:
 - No ha cumplido el principio de suficiencia.
 - No cumple el principio de equidad horizontal entre gobiernos de un mismo nivel.
 - No satisface ningún criterio de necesidad territorial.
 - Está excesivamente sujeto a eventualidades políticas.
 - Es poso transparente respecto al tratamiento a las diferentes CC.AA.
 - Es confuso, inseguro e inestable para el ente responsable de la prestación de la asistencia.
- 7. En síntesis, atendiendo a la configuración autonómica del Estado Español, el problema de la distribución de los recursos sanitarios entre CC.AA. se convierte en una cuestión de «trade-off» entre objetivos. Por una parte, el objetivo de justicia o equidad que, con limitaciones conceptuales, atienden los criterios de necesidad. De otra, el objetivo de eficiencia asignatica con las limitaciones que la estructura política vigente supone. Se trata, por tanto, de conseguir un óptimo secundario que

La distribución de los recursos sanitarios entre CC.AA. se convierte en una cuestión de «trade-off» entre objetivos

podría adecuarse a los factores siguientes:

a) Criterio básico de población. En este caso el de población de derecho, ya que se desconoce la

población «protegida».

b) Ajuste del criterio anterior mediante factores vinculados a la necesidad que incentiven la eficacia en la prestación de los servicios o, como mínimo no modificables por la actuación sanitaria de las CC.AA. El principal de estos factores parece ser la edad de la población, al que pudiera añadirse la densidad de población en determinadas zonas geográficas.

c) Consideración de los porcentajes de participación de la existencia de «centros de excelencia» y hospitales universitarios, a fin de no restringir la movilidad de los pacientes y de no obligar a establecer complicados

sistemas de facturación de los fujos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- ARTELLS, J.J. (1983). Notas sobre la Consideración Económica de la Equidad, Utilización y Acceso. *III Jornadas de Economía de la Salud.* Madrid.
- COSTAS, J.C. y LÓPEZ, G. (1988). Aspiraciones Colectivas y Eficiencia en el Sistema Sanitario Español. Ponencia presentada al Seminario dirigido por el profesor Fuentes Quintana sobre «Gasto Público» en la UIMP de Santander. Mimeo.
- CROMWELL, J.; HEWES, H.T.; KELLY, N.L.; FRANKLIN, S. (1987). Comparative trends ins hospital expenses, finances, utilization and inputs 1970-1981 *Health care Financing Review.* Vol. 9, núm. 1, 1987

MUÑOZ, S. (1982). Derecho Público de las Comunidades Autónomas, Tomo I, Civitas.

- MANRIQUE, F (1985). Competencias del Estado y las Comunidades Autónomas en materia de Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- ORTÚN RUBIO, VICENTE (1987) Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España Mimeo
- PEDRÓS ABELLO, ALEXANDRE (1980) Les finances de la Generalitat en el periode transitor Jornades sobre

Equidad horizontal y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

l'Estatut d'Autonomía de Catalunya. Acdèmia de Jurisprudència i Legislació de Catalunya. Barcelona.

RYMER, M.P.; ADLER, G.S. (1987). Children and Medicaid. Health Care Financing Review. Vol. 9, núm 1, 1987.

SHOUP, C.S. «Distribución de los beneficios de los servicios estatales: equidad horizontal», *Hacienda Pública Española*, núm. 100, pp. 115-128.