

La financiación autonómica de la sanidad. Algunas afirmaciones, valoraciones y constataciones

G. López-Casasnovas

Departamento de Economía y Empresa, y Centre de Recerca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra

Correspondencia: Guillem López-Casasnovas. Facultat d'Econòmiques. Universitat. Pompeu Fabra. Ramon Trías Fargas, 25. 08005 Barcelona

(Health financing by autonomic communities. Statements, assessments, and observations)

Si en algún tema resulta fácil comprobar la disociación entre teoría y hechos, éste es el de la financiación autonómica de la sanidad. Como esta es una cuestión que forma parte de mi agenda investigadora, y de la que creo conocer algo sus «trips», me permitiré en esta breve nota, a la que me invitan los editores de *Gaceta Sanitaria*, ser contundente en algunas afirmaciones. Como ello a veces puede confundirse con ignorancia y simplismo, solicito del amable lector el *in dubio pro reo*, que avalan mis múltiples trabajos publicados sobre el tema (una revisión general de dicha literatura puede encontrarse en López-Casasnovas: «La financiación del sistema sanitario español y su incidencia en el gasto: perspectivas macro, territorial y funcional», AES, 2000).

Algunas afirmaciones

Primera afirmación

A favor del realismo. Es muy fácil proponer alternativas «brillantes» para las que siempre además se puede encontrar alguna literatura, ni que sea tomada colateralmente, como apoyo. Pero no podemos olvidar su destino: engrosar lo que «pudo ser y no fue» o formar parte de lo que no fue porque de entrada se sabía que «no podía ser». En efecto, los resultados de las distintas formulaciones distributivas en la financiación del gasto sanitario no pueden ser otros que su implantación gradual y no maximalista, por mucho que nos parezca fundado nuestro prejuicio político o nuestro argumento teórico. Esto es así, cuando menos, a la vista de la elevada proporción de gasto corriente y de personal en particular que recoge el gasto sanitario. La rigidez de dicha partida es por tanto relativamente elevada. De ahí ideas como la del doble fondo de financiación para que lo óptimo no sea enemigo de lo bueno.

Otro elemento de realismo tiene que ver con la propia naturaleza de la descentralización de competencias. Por un lado, tras la transferencia, la coordinación ha de sustituir el mando y ordeno centralista. Quien sólo sabe reglamentar, difícilmente sabrá coordinar o coadyuvar. Si se descentraliza, hace falta que impere la coherencia. Por lo demás, no todo está plenamente transferido. El Estado mantiene resortes fundamentales. Tanto en lo que se refiere al gasto en medicamentos como al gasto en personal, los «precios» (nivel retributivo) se deciden centralmente. Ello remite en buena parte al destinatario de la financiación, para el ajuste en el gasto, a la vía de las cantidades, de manera que aquí cabe reflexionar hasta qué punto es sensato esperar que la transferencia sanitaria limite lo que el Estado central no limitó durante su etapa de gestión directa. ¿Acaso no es la sanidad y la educación el primero de los espejos en los que visualiza su actividad un sector público autonómico? Un principio de moral kantiana recordaría, por tanto, que no se puede exigir a los demás lo que no se exige uno mismo.

Segunda afirmación

En temas que se remiten a una decisión final política, las soluciones estrictamente técnicas no existen. Cuando el barullo se hace elevado (todos quieren conseguir más con la transferencia, pongamos), suele aparecer la tentación de buscar una supuesta racionalización por la vía de los informes de expertos. Se busca la respuesta técnica (instrumental: programación lineal, análisis econométrico), más que la conceptual, olvidando que, tanto en éste como en otros temas, el papel de los estudios técnicos consiste en informar correctamente la toma de decisiones políticas, y no de sustituirlas.

A lo largo de los años en los que me he dedicado al tema he visto publicar ajustes predictivos del gasto sanitario total (!) sobre la base de «enfermedades de declaración obligatoria», «número de hogares sin ser-

vicios higiénicos», «índices de 'privación' diversos» o «número total de médicos» (!). Buscar «parsimonias» maximizando el porcentaje de la variación explicada en la variable dependiente no resulta hoy nada complicado (depende de cuántas regresiones esté uno dispuesto a efectuar: la lluvia en Escocia y el crecimiento de la oferta monetaria son su ilustración más dislate). Un exministro (J. Borrell, 1992), incluso ha escrito un texto («La República de Taxonia», Ed. Pirámide, pág. 259) donde explica cómo minimizar la financiación que se ha de poner encima de la mesa para una negociación en financiación autonómica, para que alguien gane sin que otros no pierdan, sobre la base de «objetivar» de manera pertinente algunas variables. Siempre es posible de hecho encontrar aquella variable que, definida convenientemente, medida de modo «apropiado» (por ejemplo, acotando su recorrido) y ponderándola adecuadamente, genere los resultados deseados. ¿Anticipa el lector qué definiciones de índices de mortalidad/morbilidad pueden resultar más o menos favorables a las distintas comunidades autónomas? Segunda conclusión, por tanto: entre académicos no se debe insultar la inteligencia.

Tercera afirmación

La sacrosanta bandera de la solidaridad interterritorial comporta a menudo intereses inconfesables. En efecto, ¿hasta qué punto es compatible con la descentralización sanitaria la uniformidad que exigen determinadas nociones de equidad utilizadas en algunas propuestas de distribución de recursos? Y más aún cuando para ello no existe un concepto de equidad que sea de consenso y resulte plenamente operativo (equidad de acceso, de consumo, ajustado por necesidad —a precisar—, de idéntico resultado, etc.). Nótese que, en este último caso, la igualdad de resultado ante igual necesidad exigiría efectivamente un grado de intervencionismo público que obligaría a incidir en la esfera de la libertad individual (estilo de vida, consumos nocivos), sobrepasando la esfera de las actuaciones sanitarias (así en materias intersectoriales relevantes: medio ambiente, seguridad vial, en el trabajo, sector industrial alimenticio) y, sobre todo, impactando en renta y educación.

Dado lo anterior, el énfasis casi exclusivo en la redistribución territorial de recursos sanitarios para el gasto en servicios sanitarios (camas, sueldos de médicos, equipamientos) no cumple la mayor parte de los objetivos contenidos en las anteriores nociones de equidad: no contempla el resto de políticas de salud e ignora los objetivos de planificación y coordinación estatales.

Con todo ello, parece que toda la política sanitaria se reduce a la discusión inacabable de distribución y

redistribución de recursos financieros, y mucho menos al estudio de cómo se orientan las partidas de gasto dentro de cada Comunidad, su eficiencia y equidad personal interna.

Cuarta afirmación

La reivindicación de la insuficiencia financiera permanente resulta cancerosa para una buena gestión. Es sabido que la territorialización del gasto sanitario ha ampliado en gran medida los roles de los agentes presentes en la gestión del gasto. En el caso de las Comunidades Autónomas, su participación se ha producido en un marco de falta de corresponsabilidad financiera y, hasta el presente, de nulo ejercicio de potestad tributaria efectiva, lo que no ha ayudado a asumir, en toda su dimensión, el control de la evolución de las prestaciones sanitarias. A los gobiernos autonómicos no les ha resultado difícil aducir en su favor las limitaciones impuestas por la territorialización de la financiación estatal (capitativa media) recibida para sus servicios sanitarios, y los escasos márgenes de que han dispuesto hasta el presente para ejercer la potestad tributaria. Sin embargo, las sospechas de que ello ha servido como pretexto para no abordar las reformas pendientes en el sistema sanitario, tampoco parece que se puedan ignorar.

La vía de la corresponsabilización en el gasto, a través de favorecer la aplicación de tramos de financiación local o autonómica adicional por parte de aquellas Comunidades Autónomas que ejercen las competencias sanitarias en el marco de la financiación general, sin duda se deberá algún día de recorrer. Ello equivaldría a una disminución de las transferencias fiscales centrales conjuntamente a la apertura de un «espacio fiscal» (*fiscal room*, como se cataloga para las provincias canadienses) sobre una cesta de impuestos cuyas variaciones recaudatorias quedasen afectadas a la financiación de gasto social (por ejemplo, al sanitario y al educativo en Canadá). A su vez, los municipios podrían completar servicios públicos (algo más explícitamente de lo que lo hacen ahora), siendo éste un mecanismo más redistributivo, al basarse en el conjunto de la financiación local, que el método tradicional de las iguales médicas.

Incluso podría incentivarse la aplicación de dicho esfuerzo territorial adicional con políticas de subvención estatal compensatoria, desde una concepción típica del gasto sanitario público como bien de mérito, social o preferente que conviene incentivar a distintos niveles. En cualquier caso, ¿legitiman las argumentaciones de una mayor financiación pública de la sanidad el crecimiento descontrolado del gasto, la ineficiencia en la gestión de los servicios, el incremento por parte de las Comunidades Autónomas de las prestaciones reales medias sin costes fiscales directos, o la falta de transpa-

rencia en las políticas sanitarias (catálogo, priorización, etc.)? Sin duda, no.

Algunas valoraciones

Pretendo en segundo lugar someter a juicio del lector las siguientes valoraciones:

1. Conviene recordar que todo acuerdo de financiación autonómica supone un pacto. En la línea de financiación de gasto en la que nos movemos, los límites son los constitucionales y del encaje de cada Comunidad Autónoma. El País Vasco y Navarra son ejemplos paradigmáticos de esta posición. Es difícil por ello que resulte justificable invalidar las posiciones de otras Comunidades Autónomas desde distinto referente político.

2. En nuestro país se ha tendido a identificar una supuesta racionalización («poner orden») con simplificación (forzar a que sean sencillas situaciones diversas). Como intentamos mostrar, el lector deberá sospechar de propuestas que se presenten bajo la etiqueta de «sencillas» y para las que se exija consenso. Ninguna de las dos condiciones se cumple en la política, por lo que los «brindis al sol», pese a que tengan un cierto atractivo intelectual no coadyuvan a solucionar los problemas (que es a lo que se supone se dirigen las propuestas), con lo que se acaba dejando inalterado el *status quo*.

3. Fuera de nuestro país las cosas no están más claras. Los británicos, con veinte años de fórmulas, no tienen el tema solucionado. Antes bien se les está complicando día a día (las reformas sanitarias implantadas han dejado obsoletas formulaciones previas). La literatura que se suele citar al respecto acostumbra a ignorar: a) que el National Health Service (NHS) permite unas desigualdades muy superiores a la española (Escocia, Gales e Irlanda del Norte se sitúan muy por encima de los niveles medios de capitación ingleses: el 25%, el 18% y el 8%, respectivamente), y sus fórmulas de distribución interna permiten rangos muy superiores al observado en España; b) comúnmente no se enfatiza suficientemente que la fórmula RAWP inglesa ajusta por el envejecimiento de la población, por la docencia e investigación (un 15%) y por los costes geográficos diferenciales (una libra no compra idéntica cesta de compra en el contorno del Támesis que en Birmingham); c) donde mayor «ruido» (discusión) se produce es en la determinación de los factores relativos a las necesidades sanitarias: variables independientes de la utilización observada (oferta induce demanda), factores sociales relativos a la privación, etc., por lo demás, su evolución dinámica arroja sorpresas e inestabilidad financiera que cuadra mal con la rigidez a corto plazo del gasto sanitario; d) finalmente, de la

ingeniería de fórmulas como la inglesa se obvia el hecho de que ésta opera sobre residuos, una vez garantizadas las restricciones financieras (¿no ha podido ser de otro modo, dado que el Ministerio controlaba por ley la parte relativa a salarios!) y que su distribución sufre limitaciones del estilo de que el impacto no supere variaciones marginales en más o menos una determinada cuantía.

Algunas constataciones

Por último, permítame el lector que ofrezca a su consideración lo que entiendo constituyen algunas constataciones.

No puede sorprender que con la descentralización sanitaria se hagan siempre más explícitas las divergencias en la distribución de recursos, aunque éstas ya existieran y el Estado centralista difuminara en ausencia de relevancia política. Además, una dosis de divergencia adicional puede surgir del ejercicio de la autonomía en el gasto que realice una comunidad autónoma, como reflejo de la adecuación entre posibilidades y aspiraciones de su ciudadanía (esto es, puede que unas partidas de gasto público ganen peso en detrimento de otras dentro del conjunto del gasto social). Las tablas 1, 2 y 3 muestran la cuantía del volumen de fondos que anualmente se destinan a financiar los distintos servicios regionales de salud (incluido el Insalud-GD).

En general, las diferencias en financiación y composición de gasto debieran tener que ver con: a) las diferencias en necesidades sanitarias (relacionadas con la composición demográfica y las características de la morbilidad), ya sea por ser consideradas éstas en la

Tabla 1. Capacidad total de financiación del Sistema Nacional de Salud 1999

| Comunidad Autónoma | Capacidad total (Miles de ptas.) |
|------------------------|----------------------------------|
| Andalucía | 739.803.108 |
| Canarias | 164.733.022 |
| Cataluña | 666.057.741 |
| Galicia | 283.589.734 |
| Navarra | 55.084.493 |
| País Vasco | 222.745.087 |
| Valencia | 414.739.657 |
| Gestión Transferida | 2.546.752.842 |
| Gestión no Transferida | 1.568.124.357 |
| Total Sistema | 4.114.877.199 |

Fuente: Ministerio de Sanidad. Datos y Cifras, 1999.

Tabla 2. Capacidad de financiación per cápita: año 1999

| | Capacidad per cápita ^a | Capacidad p.c. (SNS = 100) |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Andalucía | 101.927 | 99,04 |
| Canarias | 100.460 | 97,61 |
| Cataluña | 108.214 | 105,14 |
| C. Valenciana | 102.814 | 99,90 |
| Galicia | 104.160 | 101,20 |
| País Vasco | 107.260 | 104,20 |
| Gestión transferida ^b | 104.034 | 101,08 |
| Gestión no transferida | 101.350 | 98,47 |
| S.N.S. ^b | 102.920 | 100 |

^aEn pesetas. Calculada a partir de la población residente en el 1 de julio de 1998 (INE) y ponderada aplicando el índice regional de paridad de poder adquisitivo del año 1998 (Institut d'Estadística de Catalunya).

^bExcepto Navarra.

financiación territorial, o por ser interpretadas como objetivos de la política sanitaria en la cuantía y composición del gasto autonómico; b) en razón de condicionantes económicos generales que afecten al coste de los inputs sanitarios; c) como resultado de las mayores preferencias o consumo sanitario, de la población atendida, con reflejo último en un mayor esfuerzo fiscal. Pese a que no siempre se podrán esperar unos resultados completamente acordes con esta taxonomía, no cabe duda que puede servir como guía de aproximación.

En la práctica, no obstante, la financiación autonómica de la sanidad parece haber transitado por senderos menos transparentes:

1. Cada Comunidad Autónoma ha seguido un proceso transferencial diferente, llevado a cabo en distintos momentos del tiempo (de los casi veinte años ya

Tabla 3. Gasto per cápita: incrementos anuales y coeficientes de variación

| Gasto per cápita | Incrementos anuales (%) | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------|-------------|
| | 91-99 | 91-95 | 96-99 |
| España | 76,9 | 45,7 | 14,3 |
| Andalucía | 81,2 | 46,0 | 20,5 |
| Cataluña | 84,9 | 47,0 | 20,4 |
| País Vasco | 84,6 | 47,8 | 17,2 |
| INSALUD-GD | 69,3 | 35,6 | 16,7 |
| | Rango (min- max) | | |
| | 91-99 | 91-95 | 96-99 |
| Coefficiente de variación | 0,020/0,039 | 0,020-0,031 | 0,031/0,039 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos presupuestarios del Insalud (Ministerio de Sanidad, Datos y Cifras, 1999).

de Cataluña a los menos de cinco de la Comunidad Canaria) y bajo circunstancias distintas (correlaciones de fuerzas políticas diferentes en el ámbito central y en su identificación con las imperantes en las comunidades). Dicho proceso se ha realizado sobre la base de diferentes parámetros para el cálculo de su financiación, lo que le ha otorgado un más que discutible carácter de «sistema» a la distribución de recursos efectivamente realizada. Todo ello, por supuesto, con el añadido del régimen diferenciado de financiación para las comunidades forales, que les otorga mayores márgenes de financiación y, a la par, de responsabilidad fiscal.

2. El referente capitativo (aproximado de distintas maneras a lo largo del tiempo) que se ha pretendido acabar implementando, ha llevado a una situación sin salida, a efectos de poder generalizar las transferencias al conjunto de las Comunidades Autónomas. No se reconoce explícitamente la demografía, ni los costes territoriales relativos, ni se considera de manera rigurosa el flujo de pacientes desplazados, del mismo modo que no se estima rigurosamente el impacto de los centros de excelencia en los costes sanitarios. Negar dicha evidencia (¿o es que se desea que cada comunidad autónoma tenga, independientemente de su tamaño, sus propios centros de excelencia, sea autosuficiente en prestaciones y en su formación sanitaria?) complica en gran medida el debate (¿o es que se quiere que sobre la financiación capitativa simple se abra un campo de negociación y facturación cruzada a precios de mercado?; ¿acaso se desea que toda la cesta de servicios públicos se transfiera según población sin ajuste alguno?; ¿sería ello igualmente aceptable?) en la medida en que politiza todo el proceso transferencial.

3. Veámos antes cómo con la descentralización sanitaria se han hecho más explícitas las divergencias en el gasto. Ello se ha interpretado como inequidad territorial sobre dos bases: a) por el reflejo equívoco de identificar mayoritariamente «barra libre» con equidad de acceso, intentando replicar dicho esquema en el ámbito interno de cada comunidad, y b) por el hecho de que las mayores preferencias por los consumos sanitarios se han producido, en general, sin el acompañamiento de un mayor esfuerzo fiscal en el sistema de financiación autonómica. En cualquier caso, el coeficiente de variación, que muestra la dispersión relativa entre Comunidades Autónomas en el gasto sanitario per cápita, ha pasado entre 1994 y 1998 del 2% al 3,9% (aunque en general existen fluctuaciones desde principios de los años noventa, con pautas bastante erráticas).

4. Reconocido lo anterior, las disparidades territoriales en gasto y en política sanitaria son un hecho a incorporar en el escenario de la financiación pública. En realidad es suficientemente sabido que el desarrollo económico y social, al margen de otros factores (envejecimiento, mayor capacidad de curar y cuidar, medicalización social, avances tecnológicos, ...), empujan

el gasto sanitario. A mayor renta, mayor gasto sanitario; en concreto, sus factores impulsores son varios: el peso de la educación sanitaria, la globalización del conocimiento médico, medicalización social, expectativas de los usuarios, mayor acceso al dispositivo sanitario, mejor calidad asistencial (oferta inductora de demanda), mayor valoración social de los aspectos relativos a la calidad de vida derivados de los tratamientos, etcétera.

Vistas por tanto las desigualdades territoriales en renta media (y dejando a un lado el hecho de que en materia de salud las desigualdades personales y su polarización son las mayormente relevantes), ¿por dónde trazamos la línea del derecho reconocido a prestaciones, acceso, equidad real (ajustada por calidad asistencial) en los servicios sanitarios públicos? ¿Se puede resolver con una fijación de mínimos, o de valores medios (¿media móvil?), o de una frontera de mejor práctica?

El problema reside entonces en cómo conseguimos, al tratar la cuestión de la distribución territorial de recursos, que lo que se valida empíricamente en la relación renta/gasto sanitario a niveles medios de los países se satisfaga también en el ámbito de cada Comunidad receptora de las transferencias sanitarias (sin una frustración importante de expectativas sociales).

Y es que lo que resulta evidente en las comparaciones internacionales, también se constata a escala regional. Así, en Francia, el gasto sanitario per cápita de Midi-Pyrenées es un 16% superior a la media francesa. En Italia, Liguria o Emilia Romagna se sitúan un 17% por encima de la media. El rango en los valores capitativos es 1,4. En Inglaterra, la región del Támesis muestra un gasto capitativo un 35% por encima de la media; Manchester (North Western Authority), un 10%.

Por lo demás, dichas desviaciones son más pronunciadas cuando en la financiación de la sanidad juega la capacidad fiscal (en Suecia —impuesto local sobre la renta—, en Canadá —espacio fiscal en renta y sociedades—, Australia, Alemania, ...). En este sentido, British Columbia (Canadá) gasta un 0,7% más de su PIB en sanidad que la media de provincias. En España, y contrariamente a lo que se suele postular, entre las CC.AA. de régimen ordinario, la que se separa más de la media, gracias a determinados ajustes argumentables sobre la capitación, lo hace en un 5%.

5. Algunos quizás deseen postular que la capitación es una medida demasiado cruda, siendo necesarios otros argumentos para un ajuste razonable: demografía (impacto del envejecimiento relativo, para el que se cuenta con evidencia suficiente); desplazados (pacientes que utilizan servicios fuera de la población en la que están censados, resultando su cuantificación posible); sobrecoste de las externalidades docentes e investigadoras (de estimación posible a partir de los datos de que se dispone), y finalmente, a considerar

al menos en la valoración «real» del gasto sanitario, las diferencias en los costes unitarios relativos (con toda la problemática que ello pueda significar, y si no en el ajuste para el gasto corriente, sí quizás en la determinación de necesidades —art. 15 de la LOFCA—).

Recordemos, dicho lo anterior, que en educación las diferencias en gasto triplican las desigualdades sanitarias (Memoria del Consejo Económico y Social, 1998).

Si tomamos alternativamente una aproximación de sistema comparado, con la paradigmática fórmula RAWP para Inglaterra, convendrá destacar que la capitación pura garantiza tan sólo en la práctica un 25% del total de la financiación recibida. El resto del ajuste incide efectivamente a tercios: el envejecimiento, las variables socioeconómicas y el coste unitario diferencial (o *market forces factor*). A su vez, un 10% del total son fondos especiales distribuidos fuera de la fórmula. Y más aún, se limitan las variaciones entre el valor histórico (incrementado por el *cash limit* general aprobado centralmente) y el predeterminado vía fórmula en un 4%.

6. El problema es «otro», ya que las desigualdades internas de España son «mucho mayores que en muchos de los países con los que se la compara». Sin embargo, éste no parece ser el caso a la vista de los datos disponibles procedentes de EUROSTAT. Algunos datos adicionales. Los coeficientes de variación del gasto capitativo (desviación estándar/valor medio) eran para Suecia: 10%, Inglaterra: 14,3%, Francia: entre el 16 y el 12% (según el año), Italia un 15%, Canadá un 31% (un 26,2% en su componente público). Y de manera similar en recursos y utilización: entre los *länder* alemanes, el coeficiente de variación se sitúa, en frecuentación sanitaria, en torno a un 50%.

7. Finalmente, si existe tanta evidencia de que el desarrollo social empuja la utilización sanitaria (y con ello el gasto), ¿qué tratamiento puede darse a la financiación autonómica de la sanidad española?

a) «Debiera ser el gasto sanitario total el que marcase diferencias» (p. e. en gasto privado o en aseguramiento sanitario).

b) «La solución pasa por una mayor corresponsabilidad fiscal»: financiar con tributos propios las prestaciones que superaran determinados niveles preestablecidos.

Sin embargo, ello exige:

- Fijar niveles básicos e interpretar la equidad como ausencia de envidia.

- Corregir el conjunto de flujos fiscales por todos los conceptos (déficits fiscales, trasiego de recursos con escaso impacto en los niveles de desigualdad territorial y desigualdad personal).

c) «Consolidar la financiación sanitaria en el *pool* de la financiación global de los servicios públicos», dando una mayor preeminencia al criterio capitativo para todos los servicios públicos universales y:

- Que el ajuste por envejecimiento, que actualmente se ignora, compense el potencial menor gasto educativo con el mayor gasto sanitario.

- Que tanto la LOFCA como la distribución de gasto en servicios transferidos se aproximen al criterio poblacional.

- Que se generalicen las transferencias sanitarias (concretando, por ejemplo, quién deba soportar el diferencial de financiación capitativa de Madrid —en torno a un 15% superior a la media española—).

- Que se singularicen los ajustes pendientes: facturación de desplazados entre Comunidades Autónomas, compensación por centros nacionales, y competencia de fondos en docencia e investigación.

Algunas prescripciones

El abordaje que proponemos mejor puede ayudar a una decisión informada para la resolución de los problemas de financiación autonómica de la sanidad, consiste en a) dentro de la alternativa de ahondar en la «línea gasto», cuantificar lo cuantificable y remitirlo a un fondo explícito para la financiación ordinaria, en el sentido de recurrente, de los servicios autonómicos; b) proponer alternativas diferentes (el Consejo Interterritorial es para ello el foro adecuado) de medida de la

desigualdad sanitaria. Una vez políticamente acordada su medición y calibrado, remitir la distribución a un segundo fondo que ya sería en este caso de transferencias condicionadas, respecto de los niveles de desigualdad que se intentan reducir, y controladas en su utilización. Tal como recogió el texto de la Subcomisión para la Modernización de nuestro sistema sanitario, recientemente aprobado, dicha estrategia es la más nítida y transparente para que primen los procesos de elección social frente a la influencia de los grupos de presión.

Es por lo demás posible que resulte infactible mantener en el medio plazo un acuerdo de dicha naturaleza, a la vista de las correlaciones políticas observadas. Si este es el caso, parece que la mejor política consistiría en devolver la financiación sanitaria al régimen general de financiación. Esto es, una vez modificada la LOFCA y desarrollado por la vía de la corresponsabilidad fiscal el incipiente acuerdo de financiación autonómica, la instrumentación de un capitativo global como referencia de gasto en servicios públicos de característica universal resulta adecuada (lo que no se ajusta positivamente por envejecimiento para sanidad se corresponde con lo que no se ajusta negativamente por educación), dejando a las diferencias en niveles de aportaciones tributarias la contribución a la equidad entre Comunidades Autónomas, de nuevo de una manera transparente y de la que los políticos puedan rendir cuentas en el Parlamento.