

Descentralización de los sistemas sanitarios europeos: ¿entre la innovación y la eficiencia?

La sanidad es una de las principales políticas públicas en el ámbito europeo cuya gestión se ha descentralizado a niveles subestatales. No obstante, dadas las complejidades de la financiación sanitaria, hay que resaltar las enormes limitaciones que acompañan a la investigación económica sobre los efectos de la descentralización sanitaria, en particular, sobre desequilibrios verticales y horizontales. El presente artículo intenta ofrecer una perspectiva e interpretación de la copiosa literatura en esta área. Los estudios sobre los que se basa el artículo apuntan a la existencia de un dividendo asociado a la descentralización sanitaria, y en especial mejoras en la innovación de programas específicos y, en menor medida, mejoras de equidad y eficiencia a largo plazo. No obstante, en la mayoría de los sistemas sanitarios descentralizados persisten problemas de diseño, especialmente algunos desequilibrios verticales que dan lugar a los llamados «déficit sanitarios», cuando las restricciones presupuestarias subcentrales son percibidas como débiles. *Sensu contrario*, la experiencia descentralizadora parece indicar un efecto reductor que disminuye los desequilibrios fiscales horizontales.

*Europa mailan osasuna da kudeaketa estatuz azpiko mailetan deszentralizatuta duen politika publiko nagusietako bat. Hala eta guztiz ere, osasun-finantzaketa oso konplexua denez, muga nabarmenak daude osasunaren deszentralizazioaren eraginei buruzko ikerketa ekonomikoetan, batez ere desoreka bertikal eta horizontalei dagokienez. Artikulu honen helburua da eremu honetan dagoen literatura ugariari buruzko ikuspegia eta interpretazioa eskaintzea. Azterlanek azaltzen dute hobekuntzak egon direla osasun-sistemako berariazko programetan eta, neurri txikiagoan, epe luzerako eraginkortasunean. Dena den, deszentralizatutako osasun-sistema gehienek diseinu arazoak daukate, bereziki desoreka bertikal batzuk, «osasun defizitak» izenekoak eragiten dituztela azpizentraleko aurrekontu-murrizketak ahulak direla antzematen denean. *Sensu contrario*, deszentralizazioaren eskarmentuak eragin murriztailea islatzen du, zerga-desoreka horizontalak murrizten baititu.*

Health care is one of the main public policy areas in which management has been decentralised at sub-state level in Europe. However, given the complexities of health care funding, economic research into the effects of such decentralisation, and particularly into vertical and horizontal imbalances, comes up against considerable limitations. This article seeks to offer an interpretation of the large body of literature on this area. The studies reviewed show improvements in innovation in specific health care system programmes and improvements in equity and long-term inefficiency, albeit to a lesser extent. However most decentralised health-care systems continue to suffer from design problems, particularly vertical imbalances, which give rise to so-called «healthcare deficits», when sub-central budget constraints are perceived as weak. On the other hand, experiences of decentralisation seem to indicate that there is a reducing effect that decreases horizontal fiscal imbalances.

Índice

1. Introducción
2. Federalismo fiscal en Sanidad
3. Descentralización sanitaria en Europa
4. Conclusión

Referencias bibliográficas

Palabras clave: descentralización, federalismo fiscal, sanidad, Europa.

Keywords: decentralization, fiscal federalism, health, Europe.

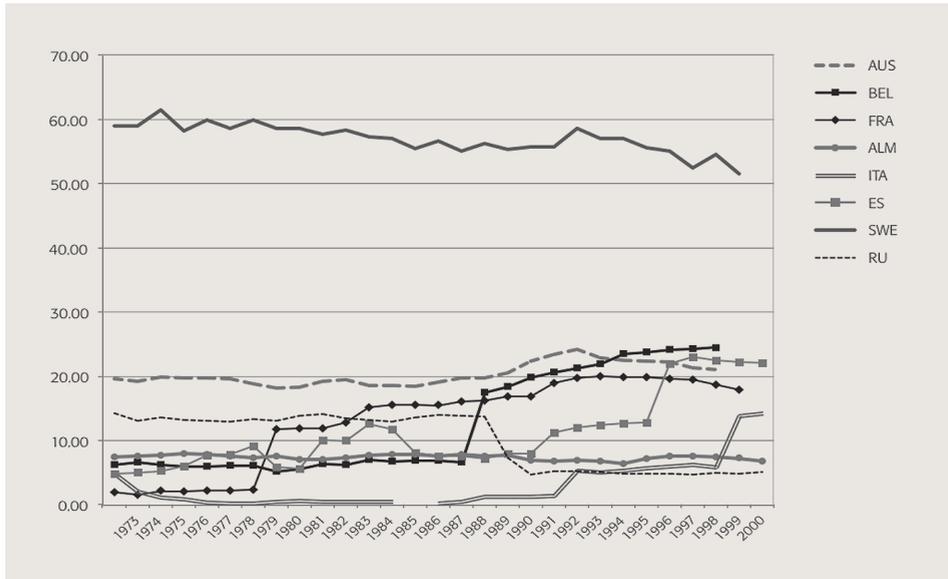
Nº. de clasificación JEL.: I 18, H51.

1. INTRODUCCIÓN

Posiblemente la sanidad sea hoy en día la competencia del ámbito de la política pública que más frecuentemente se ha descentralizado hacia gobiernos subcentrales en Europa. Incluso en EE.UU. ha habido una expansión de los programas federales sobre atención médica y sobre gastos, que ha sido acompañada de una expansión de los fondos subcentrales (Baicker y Skinner, 2010). Por esta razón, es aquella de la que los estudiosos de la descentralización podemos aprender más. Con el fin de ilustrar el proceso descentralizador, el gráfico nº 1 nos muestra el porcentaje de ingresos fiscales que gestionan los gobiernos subcentrales, cuya evolución es utilizada por los economistas para medir lo que podría denominarse «autonomía fiscal». En este sentido, el gráfico nos muestra en primer lugar a Suiza, dado su «modelo federal competitivo», el más descentralizado de Europa, con algo más de un 50% de los ingresos tributarios en manos subcentrales. Le siguen países como Bélgica, España, Italia e incluso Francia, en los que se observa un importante crecimiento, especialmente a partir de finales de los años ochenta. Ello contrasta con una evolución más modesta de los llamados «modelos federales cooperativos», tales como el Alemán o Austriaco. No obstante, para comprender las consecuencias de este fenómeno en el ámbito sanitario, es preciso estudiar sus acciones, tanto sobre los gastos como sobre los ingresos de los gobiernos subcentrales y, en especial, en qué medida se ajustan sus

planteamientos de gasto a sus restricciones presupuestarias. A su vez, ello implica comprender su contribución sobre la innovación organizativa, en caso de que exista, en el desarrollo de servicios públicos y, específicamente, en la eficiencia dinámica del sistema sanitario.

Gráfico nº 1. **INGRESOS PROPIOS DE LOS GOBIERNOS SUBCENTRALES EN EUROPA (EN %)**



Fuente: Stegarescu, 2005.

La tendencia descentralizadora es consistente con la evidencia derivada de encuestas de opinión pública (Eurobarómetro) que sugieren que *la gran mayoría de la población europea cree que los niveles intermedios o regionales de gobierno son los más adecuados para la gestión de los servicios sociales, tales como salud y educación*. Tal aseveración aporta una «tendencia especial al fenómeno descentralizador» que es consistente con un progresivo aumento de las responsabilidades política y fiscal de los Estados de bienestar. Pero antes de adentrarnos en los efectos de la descentralización en sanidad, es preciso matizar algunas consideraciones conceptuales y de medición que desarrollaremos a lo largo de este artículo.

1.1. Algunas consideraciones conceptuales y de medición

En la literatura el término descentralización tiene diversos significados, si bien en este trabajo interpretamos la descentralización en el marco de la literatura sobre

federalismo fiscal, es decir como *proxy* para la autonomía política y fiscal de los gobiernos subcentrales (Oates, 1985)¹. Se define como la capacidad de los gobiernos subnacionales para ejercer control sobre la regulación, el empleo, y también en el ejercicio de funciones impositivas y de gasto. En otras palabras, la capacidad de ejercer decisiones políticas y modificar el tipo impositivo y la base imponible de los impuestos que se encuentran en su ámbito de transferencia. En este sentido, aquellos estudios que solamente examinan el porcentaje del gasto o de ingreso descentralizado, no estarían identificando bien los efectos de la descentralización, ya que estas serían medidas imperfectas de la autonomía. En efecto, no todo el gasto público que realizan los gobiernos subcentrales es el resultado de decisiones de los gobiernos subcentrales, ya que a menudo responden a transferencias o subvenciones condicionadas, tal como ocurre en el Reino Unido y España. Por otra parte, aunque existan transferencias de competencias, las leyes de base o de coordinación pueden limitar el ejercicio de las competencias de los gobiernos subnacionales (por ejemplo, el caso de Italia con las leyes marco, o en el caso de España con algún proyecto de ley de coordinación o las resoluciones de los tribunales limitadoras de competencias). Por tal motivo, si bien aparentemente la descentralización parece fácil de medir y estudiar, la realidad evidencia que una buena parte de los trabajos realizados carecen de la precisión necesaria para identificar el fenómeno.

Una interpretación más reciente, respecto a cómo los economistas ven la descentralización radica en la consideración de la llamada «agencia política». Específicamente la descentralización hace más transparente la relación de agencia política entre los ciudadanos y sus gobiernos (Besley, 2006). En este sentido, cabe diferenciar entre lo que podría llamarse federalismo formal (o jurídico) respecto al federalismo informal, este último sería el caso español o británico donde existen relaciones interjurisdiccionales independientemente de la existencia de un estado federal². Ambas modalidades producen efectos comparables, si bien solamente operan en un sentido pleno en los estados federales dotados de poderes estatales propios, cuya operativa es similar al derecho de propiedad en un mercado. Ello es así porque en los estados federales los gobiernos centrales no pueden legalmente invadir las responsabilidades descentralizadas. En cambio, en aquellos países que adoptan la forma constitucional de Estados unitarios, el Estado central puede ejercer una actividad invasora de competencias y fácilmente puede limitar la autonomía a través de la promulgación de leyes marco o sistemas de financiación que restringen la actividad innovadora y con ello la diversidad del sistema sanitario. Este último es el caso de España e Italia.

¹ Existen otras definiciones en la literatura que se asemejan a procesos de delegación de competencias, pero que no son objeto de este artículo.

² El primero, responde a una decisión constitucional, mientras que este último es el resultado de la negociación política llevada a cabo, ya sea antes o después de la constitución de un país, independientemente de la forma jurídica federal del Estado.

Otra consideración importante a realizar es la de recordar que las propuestas de descentralización tienden a estar asentadas en argumentos económicos. Tales argumentos se sintetizan en las propuestas del llamado federalismo fiscal de primera generación (Tiebout, 1956, Oates, 1972) que se basan en la existencia de efectos competitivos derivados de la movilidad de factores en países calificados como heterogéneos en el ámbito de preferencias y necesidades respecto de las propias necesidades de políticas públicas. Así, una gestión descentralizada permite ofrecer un abanico de opciones, denominado «*preference matching*», para que los ciudadanos se agrupen en aquellas regiones donde los servicios se ajustan a sus preferencias. Las limitaciones a la descentralización se refieren a las pérdidas de dimensión por el hecho de que al reducir la dimensión en la que se prestan servicios sanitarios, se genera un coste evaluado como pérdida de economías de escala³.

Más recientemente, a los mecanismos competitivos derivados de la descentralización de un servicio esencial, tal como es la sanidad, se le añade reconocer que las decisiones políticas están sujetas a una relación de agencia política que puede mejorar con la descentralización. Ello es posible gracias a la existencia de diferentes agentes en el territorio, la posibilidad de comparar sus acciones y de penalizar electoralmente al gobernante por sus políticas menos satisfactorias. Con tales reflexiones nos introducimos en los argumentos políticos de la descentralización, es decir, en la necesidad de satisfacer identidades y preferencias heterogéneas (p.ej. una diferente valoración de determinados tratamientos farmacológicos, o la valoración de los beneficios atribuidos a la atención sanitaria en un idioma distinto al oficial). También, la descentralización da una solución a las demandas políticas de las élites económicas cuando están dispersas en el territorio (caso de Alemania, Italia o España).

El conjunto de propuestas que integran los argumentos políticos en el marco general del modelo económico, dan lugar al llamado federalismo fiscal de «segunda generación», donde se destacan los incentivos políticos asociados a la descentralización, siendo paradigma de ello el ámbito de la sanidad. Posiblemente, una de las consecuencias que conlleva la descentralización política de la sanidad es la creación y consolidación de ciclos políticos regionales paralelos a los ciclos políticos estatales⁴.

³ Ello justifica que, a menudo, el Estado central se adjudique algunos servicios donde los beneficios de escala son evidentes, tales como, la autorización de nuevos productos o el establecimiento de precios de medicamentos. No obstante, incluso en este último caso es posible ofrecer fórmulas de participación subcentral o descentralizar dicha competencia a algunos Estados con una dimensión suficiente.

⁴ Tales ciclos políticos a menudo se solapan con los ciclos estatales, lo que reduce la eficiencia de la descentralización (Costa-Font, 2009), si bien la prevención respecto a que las elecciones en los parlamentos regionales no fueran tomados en serio podrían explicar la coincidencia de elecciones autonómicas con otros procesos electorales, aumentando así la capacidad de manipulación del ciclo electoral regional.

1.2. **Objetivos**

Este artículo tiene como objetivo principal ofrecer una revisión conceptual y descriptiva de las principales cuestiones que aparecen en la descentralización de las competencias sanitarias, tanto desde la perspectiva teórica como a partir de algunas experiencias significativas de países europeos que han experimentado la descentralización en este ámbito competencial. Se argumenta que la descentralización responde a un diseño institucional para legitimar y fortalecer el papel del Estado frente al mercado y haciéndolo, a su vez, más sensible a las demandas, a menudo regionalmente heterogéneas, de la ciudadanía. No obstante, para que los beneficios de la descentralización tengan el efecto deseado es necesario el diseño institucional de incentivos económicos y políticos aplicables sobre la eficiencia y la innovación. Ello presupone que la demanda de descentralización esté motivada de una voluntad de autogobierno, más allá de la búsqueda de poder de decisión por parte de las élites políticas. Se observa cómo los efectos competitivos derivados de la descentralización sanitaria pueden repercutir positivamente en el sistema sanitario en su conjunto en términos de innovación, equidad y eficiencia, si bien persisten desequilibrios importantes que apuntan a la necesidad de introducir mejoras en el diseño institucional.

La estructura de este trabajo es la siguiente: en el apartado segundo, desarrollado a continuación, se describe las principales cuestiones teóricas acerca de la descentralización de políticas sociales y, especialmente, en el ámbito de la sanidad. En el apartado tercero, se ofrece una evidencia agregada de los cambios de las estructuras institucionales en los sistemas sanitarios en Europa, y aporta una discusión al respecto. Finalmente, en el apartado cuarto se presenta la conclusión sobre el trabajo.

2. **FEDERALISMO FISCAL EN SANIDAD**

2.1. **Motivaciones y críticas a la descentralización**

No cabe duda que de la evidencia europea puede concluirse que la descentralización no tiene un único objetivo sino varios, los cuales a veces están interrelacionados entre sí (Costa Font y Greer, 2012). Hacemos referencia a ejemplos existentes en algunos países: tal es el caso de la expansión del Estado de bienestar (desarrollado en Suecia) o un esfuerzo por democratizar la Administración pública (por ejemplo, Francia, España o Polonia), así como la necesidad de satisfacer las identidades regionales específicas y ciertas preferencias determinadas por un desarrollo económico distinto, tal como sucede en Italia, Reino Unido, Bélgica y España.

Ciertamente, muchos de los servicios incluidos en el catálogo de servicios sanitarios de un país desarrollado, con la excepción de algunas competencias en materia de salud pública (p.ej. vacunas y gestión epidemiológica), pueden ser ejercidas re-

gionalmente con sensibles mejoras en la eficiencia. Ello es posible porque las necesidades específicas de información tiende a dispersarse en el territorio, en tanto que la heterogeneidad regional de preferencias a satisfacer tiende a aumentar en territorios más extensos (p.e Reino Unido, Alemania, Italia, España etc). Por otro lado, las necesidades de salud distan mucho de ser regionalmente homogéneas, por lo que la identificación del catalogo de prestaciones eficientes a nivel nacional, puede ser una tarea complicada. En otras palabras, una asignación centralizada comportaría un coste de eficiencia para los contribuyentes que no se produciría bajo un gobierno descentralizado.

Sin embargo, los más escépticos en relación a la gestión descentralizada de la sanidad señalan que existen importantes limitaciones informativas en la capacidad de identificación de la calidad del servicio sanitario para los ciudadanos corrientes, incluso en el caso de estar bien identificados con cada nivel de gobierno, lo que conlleva la necesidad de intermediación tanto médica como política de tales necesidades. Ello sugiere que el diseño descentralizado debe intentar seguir un esquema sencillo de atribución de responsabilidades. Una pregunta a realizar es si la complejidad se plasma en un evento único o si puede perdurar en el tiempo y, en su caso, si puede generar ahorros de costes, cuestión que algunos estudios ya han identificado en tal sentido (Costa-Font y Moscone, 2008).

Otra fuente de criticas hace referencia a que la descentralización implica la introducción de otro nivel de gobierno en la prestación de asistencia sanitaria, en la que, a menos que las responsabilidades estén totalmente transferidas a los Estados de la región, pueden diluir los protocolos de rendición de cuentas. Tal situación puede darse especialmente cuando los Estados de la región carecen de miembros parlamentarios que se responsabilicen de sus políticas. De hecho algunos estudios han revelado que la descentralización puede ayudar realmente a diluir las responsabilidades y, por tanto, dar lugar a la reforma (Costa-Font, 2010). Por otro lado, a pesar de existir la posibilidad de movilidad interna en el territorio, los costes de movilidad dentro de un territorio en concreto pueden no ser lo suficientemente bajos para compensar los posibles beneficios que la movilidad ofrece en muchos de sus procedimientos. Si bien como señalamos a continuación a menudo no es necesaria la movilidad, sino el riesgo de movilidad para que la descentralización sea efectiva.

Otra de las críticas, emitidas con carácter general, se refiere a cuestionar el beneficio de la descentralización frente a un Estado central uniforme cuando las economías de escala se diluyen y, especialmente, cuando la descentralización aporta complejidad al sistema. Particularmente, en el periodo de transición de un modelo centralizado a otro descentralizados conduce a duplicidades y generación de costes potenciales. Finalmente, además de los beneficios de escala de la centralización, es importante mencionar las externalidades, tanto positivas como negativas, ya que pueden introducir variaciones en la escala óptima de gestión (Koethenbueger, 2008) y que, a su vez, puede conducir a una subprovisión o sobreprovisión de bienes públicos.

2.2. Efectos competitivos de descentralizar la prestación sanitaria

Quizás el principal argumento a favor de la descentralización sanitaria radica en que el 75% del total de gastos de salud están financiados con fondos públicos (OCDE, 2009), lo que supone elegir a grandes rasgos entre un modelo monopolístico (centralizado) y otro competitivo (descentralizado). En efecto, una de las reformas más evidentes para mejorar la rendición de cuentas del sistema de salud consiste en la descentralización del gobierno, en base a sistemas de asignación de responsabilidades a nivel de gobierno «relativamente más eficiente» a los ojos del votante medio (Breton, 1996). Ello es así gracias a la naturaleza competitiva de las decisiones intergubernamentales bajo los gobiernos descentralizados (Breton, 1996), donde el votante tiende a premiar a los gobiernos que mejoran el bienestar del votante medio. Cuando hay más de un gobierno gracias a la descentralización, ello da lugar a la posibilidad de penalizar aquellos gobiernos más ineficientes.

A diferencia de otras áreas de responsabilidad del sector público, la sanidad esta sujeta a importantes asimetrías de información. Por ejemplo, la atención médica, a diferencia de los servicios de carácter educativo, se trata de un servicio intermedio prestados por agentes (en su caso, profesionales de la sanidad - médicos) y, por tal motivo, las dimensiones objetivas de calidad de los servicios de salud se filtran por mediación de estos agentes, que pueden compartir otras actividades con su función para propiciar el bienestar de los usuarios de los servicios sanitarios. Ello implica que los pacientes perciben y asumen unos criterios más transparentes para evaluar el desempeño del sistema de salud, incluyendo la amplitud de las listas y tiempos de espera, la burocracia y, en general, los resultados del proceso en que están relacionados y que no corresponden a la adecuación del tratamiento ni a la calidad de atención médico sanitaria.

No obstante, la creación de un sistema descentralizado no necesariamente genera los efectos competitivos deseados ya que cuando los titulares de las distintas regiones pertenecen a un mismo partido político, éstos podrían tener menos incentivos para competir y más a colisionar, pudiendo mitigar el efecto de la descentralización en el sistema de salud. En parte tales efectos competitivos a largo plazo son resultado de la existencia de innovación y cooperación. La experimentación a menor escala y, puede dar lugar a un incremento de la legitimidad del gobierno (Wildasin, 2008), si es capaz de producir mejoras de bienestar.

Otra limitación a la competencia deducida de los mecanismos clásicos (Oates, 1972) radica en el supuesto que los efectos competitivos aparecen gracias a la existencia de movilidad de los pacientes (Tiebout, 1956). No obstante, en poblaciones con escasa movilidad, como sería el caso de la mayoría de países europeos, es difícil imaginar que este mecanismo sea verdaderamente operativo. En su lugar, los incentivos más poderosos y esenciales radican en el grado de responsabilidad política y fiscal y, más concretamente, en la medida en que el diseño se asemeja a un mecanismo de competencia comparativa.

Junto con las incentivos fiscales a la competencia regional, existen otros mecanismos inhibidores de la competencia resultado de las acciones del gobierno central. En particular, nos referimos a los límites a la acción del gasto y las limitaciones a la regulación, lo que supone la existencia de invasiones mutuas de competencias que dan lugar a la llamada competencia vertical entre estado y autonomías (Costa-Fonty Rico, 2006). Piperno (2000) evidencia que en Italia, los parlamentos nacionales aún invaden las responsabilidades descentralizadas, de forma que el gobierno central veta frecuentemente las leyes regionales, lo que conduce a los conflictos de competencia cuya resolución tiende a resolverse en favor de los gobiernos centrales, lo cuales eligen de forma directa, o indirectamente a través de los parlamentos, a los miembros de el Tribunal Constitucional. Esta característica es a lo que nos referimos específicamente como «competencia vertical», que siguiendo el argumento, cuando está bien diseñada puede dar lugar a una expansión de la eficiencia del sistema de salud.

2.3. Costes y claves del éxito

En la descentralización de un sistema de salud se generan, a su vez, algunos costes. Un primer argumento al respecto radica en la necesidad de coordinar el sistema de salud, especialmente cuando se presume que la cooperación sea un objetivo difícil de lograr. Por su parte, las cuestiones sobre la igualdad fiscal y la garantía de un cierto nivel de cohesión regional o, en su caso, de la equidad necesaria en la atención de la salud, recomiendan la prestación de algún tipo de acción a nivel central. Por último, cabe tener en cuenta que alguna instancia de resolución de conflictos podría ser ejercida por parte del Estado central, y también en cierta medida, asumir algún tipo de representación de los sistemas sanitarios de los países en su conjunto.

Asimismo, uno de los costes potenciales propios de un sistema de gobierno descentralizado reside en la capacidad del gobierno central para transferir la responsabilidad de la acción política, lo que en la práctica supone endurecer las restricciones presupuestarias y no ofrecer expectativas de rescate en caso de déficit (Bordignon y Turati, 2009; Crivelli *et. al.*, 2010). Así, si los gobiernos subnacionales esperan recibir fondos adicionales en circunstancias de necesidad económica, tal expectativa debilita la restricción presupuestaria de los gobiernos subnacionales, que en lugar de ajustarse, se comportarán de forma estratégica.

Hoy en día, existe un consenso entre los estudiosos respecto a que la clave para el éxito de la descentralización está en el diseño institucional y que, en gran medida, se debe a los incentivos implícitos en la competencia regional. Concretamente, es previsible la observación de efectos competitivos en la medida en que el diseño de un modelo de descentralización es capaz de alinear la capacidad de premiar y de penalización política y también de la fiscalidad de cada nivel de gobierno del sistema de salud. No obstante, si el gobierno central no descentraliza la responsabilidad de la acción de política pública (es decir, los impuestos) y solamente

descentraliza los mecanismos de premio de las políticas sanitarias, es previsible que una mayor descentralización traiga una expansión del gasto público con efectos limitados en la eficiencia (Costa-Font, 2010). Esta última referencia se conoce comúnmente en la literatura como el problema de las «limitaciones presupuestarias blandas» o *soft budget constraints*.

Por otra lado, la falta de recursos propios subnacionales y, más específicamente, los límites a la expansión de instrumentos financieros para el pago por los servicios de salud reflejan una estrategia para la contención de costes, empleado con frecuencia por gobiernos centrales para impedir la expansión del gasto en salud (López-Casnovas, *et al.*, 2005), y con ello la capacidad de generar diversidad e innovación del sistema sanitario. En los casos referenciados no se puede observar un resultado de eficiencia generalizada debida a la descentralización del gobierno.

Finalmente, uno de los principales mecanismos que se derivan de la descentralización se materializa en los efectos sobre la gestión y la capacidad experimental a bajo coste (Costa-Font y Moscone, 2008). Un ejemplo clásico a referenciar es el de Alemania, donde el sistema de salud está centrado en seguros sanitarios implantados a nivel regional. Tal es el caso de la atención de la salud mental en España, tradicionalmente estudiado, donde la descentralización ha permitido la experimentación y, a su vez, la reforma a nivel regional y así superar la falta de un consenso suficiente (Costa-Font *et al.*, 2011).

3. DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN EUROPA

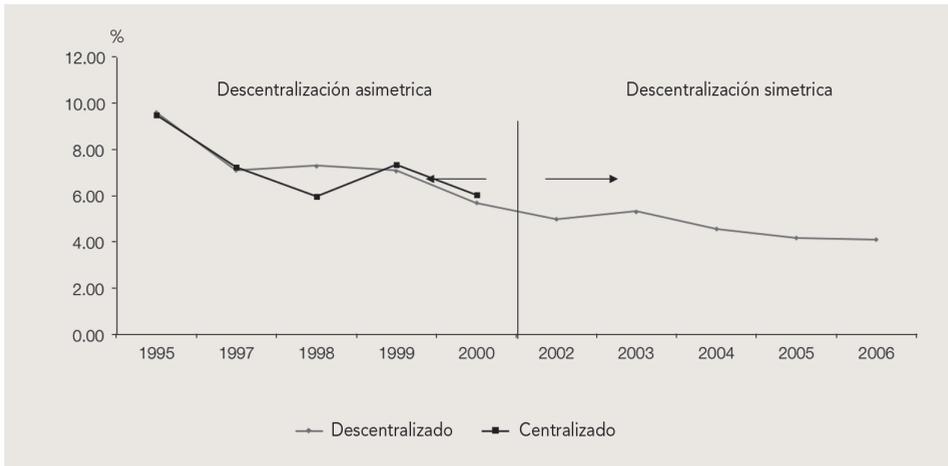
3.1. Condicionantes de la eficiencia

Los factores institucionales, tales como las restricciones políticas y sociales, jurídicas e históricas desempeñan un papel en la limitación de la eficacia de la descentralización fiscal. Una cuestión fundamental, sin respuesta en la literatura científica, hace referencia a si el federalismo es un dispositivo institucional para controlar el gasto o, en su lugar, responde a una estructura institucional que mediante la transmisión de las diferentes demandas, no consensuadas a nivel nacional, puede ampliar el nivel de actividad para legitimar su autonomía a nivel subcentral y con ello los gastos correspondientes al cuidado de la salud. La respuesta a esta cuestión se da en las líneas posteriores al analizar los diferentes incentivos existentes para la actividad y la aplicación de distintas fuentes de financiación.

Los gobiernos más cercanos al ciudadano, o que han recibido competencias recientemente, tienden a centrarse en buscar el apoyo y la satisfacción de la ciudadanía y por lo tanto, buscar el apoyo de las nuevas políticas que los hacen más eficientes con respecto a otros niveles de acción política y con ello aumentar la probabilidad de ser recompensados electoralmente (Seabright, 1996). El gráfico nº 2 muestra evidencia de ello en España, donde se muestra que la descentralización ha reducido el

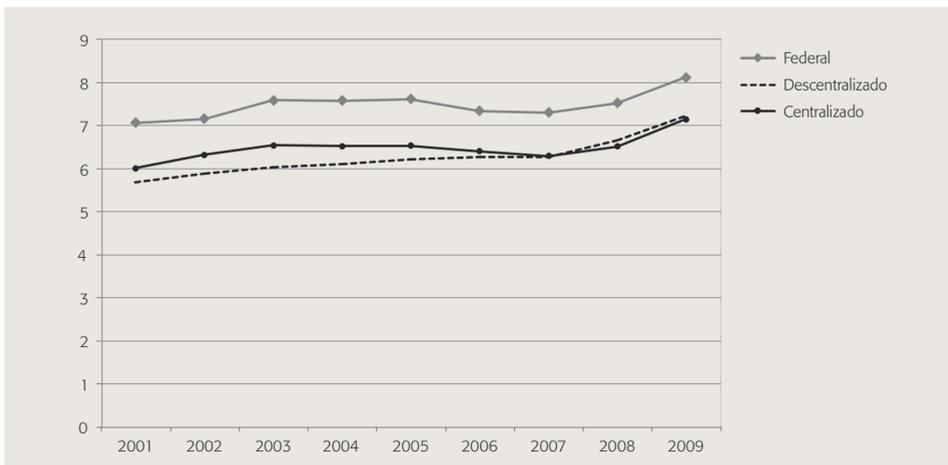
nivel de insatisfacción respecto al sistema sanitario, con una tendencia a la baja, especialmente a partir de 2001, cuando se produjo la transferencia de competencias sanitarias a todas las CCAA.

Gráfico nº 2. **PERCEPCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO (PREGUNTA: ¿EL SISTEMA SANITARIO ESTÁ TAN MAL QUE DEBERÍA REHACERSE COMPLETAMENTE?)**



Fuente: Barómetro Sanitario.

Gráfico nº 3. **GASTO SANITARIO RELATIVO AL PIB (EN %) POR LA FORMA CONSTITUCIONAL DE LA SALUD**



Fuente: OECD, 2011.

Por otra parte, en el gráfico nº 3 se muestra la tendencia del gasto sanitario de diferentes países con estructura organizativa y constitucional de tipo federal (descentralizados) o de estados unitarios (centralizados). El gráfico sugiere que los sistemas sanitarios centralizados y descentralizados presentan pautas de crecimiento similar, mientras que los países en que están organizados como Estados federales muestran un gasto relativo superior a un 1% del PIB, si bien, los patrones de gasto parecen revelar una evolución similar en el tiempo, ya que el principal motor del gasto, la innovación sanitaria, es esencialmente el mismo.

3.2. Desequilibrios verticales

Es muy posible que uno de los problemas más identificadores de los gobiernos descentralizados radique en el diseño de incentivos que afectan a la diversidad y la competencia. Al respecto, hay un conjunto de características a tener en cuenta, entre las que se deben incluir las siguientes:

En primer lugar, las restricciones presupuestarias no deben ser percibidas como restricciones presupuestarias blandas, tal como sucede en algunos países europeos. Es decir, la existencia de un «pool de riesgos» común puede generar la creencia entre los gobernantes de que algunas autonomías pueden desarrollar «expectativas de rescate» por parte del gobierno central con las que expandir sus déficits públicos. En este último escenario, se generan importantes incentivos perversos que generan una expansión del gasto. La teoría del federalismo fiscal predice que las mejoras en la eficiencia de asignación se derivan de la existencia de asignaciones bajo restricciones de gasto «estrictas» y, en tal caso, los impuestos propios deben ser la principal fuente de ingresos (generalmente a complementar con subvenciones de nivelación). En este sentido, resulta interesante comprobar en sistemas sanitarios financiados por cotizaciones a la Seguridad social los estados pueden vetar los aumentos de impuestos, pero, no pueden vetar la expansión de las contribuciones a la Seguridad social, que en la práctica podría conducir en un ámbito federalista a la expansión del gasto. Este es el caso específico de Alemania (Costa-Font y Greer, 2012). Así pues, el federalismo institucionalizado, puede ser visto como una de las razones que sustentan los patrones de gasto a que se ha hecho referencia anteriormente.

En segundo lugar, los gobiernos subnacionales deben tener los recursos adecuados para ejercer sus actividades, e incluyen un cierto nivel de recursos propios a adjudicar de los ingresos o la asignación de gastos públicos para mejorar el sistema de salud. Si los ingresos del gobierno subcentral no son suficientes para ejercer las competencias transferidas, propician en tal caso los desequilibrios verticales fiscales. Tales desequilibrios fiscales son comunes en todos los países, tanto en los Estados unitarios como en las federaciones. Este desequilibrio se corrige mediante el uso de transferencias, que pueden ser discrecionales y, consecuentemente, políticamente manipulado, o sobre la base de una fórmula de asignación para produ-

cir ajustes por la diferencia de necesidades y de riesgo a través de los gobiernos subnacionales.

Sin embargo, los países difieren entre sí respecto de la financiación en coste de la atención sanitaria, ya sea basada en una fórmula de asignación presupuestaria específica, o en su lugar es parte de los fondos generales que se asignan a los gobiernos subnacionales. En general, cuanto más transparente y general sea la financiación de los gobiernos subnacionales más probable es que se fomente la planificación financiera y la eficiencia.

En tercer lugar, junto con los desequilibrios verticales, se pueden identificar los efectos de las externalidades, o efectos de contagio, entre los gobiernos regionales, que responden a fenómenos que exceden el ámbito jurisdiccional del gobierno regional. Ello hace suponer que los efectos sobre la productividad de los programas de salud podrían extenderse a otras jurisdicciones que no necesariamente los han financiado. Su materialización está condicionada a la existencia de movilidad, por la circunstancia de que las personas que trabajan en una jurisdicción colindante pueden plantearse lo que se conoce como el «voto con los pies» (o con la movilidad territorial). Por otra parte, las externalidades negativas suelen ser internalizadas a través de los mecanismos de coordinación. Si bien el coste de la coordinación es elevado, se presenta como única opción viable cuando los costes de transacción no son lo suficientemente pequeños para la promoción de mecanismos de cooperación, que son en la mayoría de los casos los más deseables, (Breton y Scott, 1978).

En todos aquellos países que cuentan con sistemas descentralizados de salud, las transferencias representan una gran parte del presupuesto de ingresos de los gobiernos subcentrales (OCDE, 2009). Las transferencias intergubernamentales son vistas como un medio complementario de la financiación para hacer frente a la existencia de externalidades y a desequilibrios de tipo vertical y horizontal. En este sentido, son un mecanismo fundamental para garantizar un cierto nivel de redistribución regional y a la vez como un mecanismo de aseguramiento ante *shocks* específicos regionales (p. ej. epidemias) y con ello poder llegar a promover la innovación cuando existen límites en la capacidad de los subestados para invertir en innovación. No obstante, si las transferencias no contienen correcciones fiscales que incentiven el esfuerzo fiscal o a la innovación a nivel subcentral, inevitablemente dan lugar a problemas de azar moral.

Una de las regularidades empíricas más documentadas sobre la literatura del federalismo fiscal es, precisamente, el efecto *flypaper* (Hines y Thaler, 1995; Gamkhar y Shah, 2007) que hace referencia al efecto estimulante que se observa como resultado de la financiación vía subvenciones incondicionales en el gasto del gobierno, ya que crean un efecto renta sin modificar la eficiencia en la toma de decisiones. Por lo tanto, el diseño de un sistema descentralizado de salud debe tener en cuenta las con-

secuencias indeseables de la falta de coincidencia entre las responsabilidades políticas y fiscales.

Otra característica que puede provocar una deficiente gestión financiera es la mencionada expectativa de rescate en caso de apuros financieros, ya sea directa o indirectamente, pero sobre todo mediante mecanismos de compensación fiscal. Los regímenes fiscales de estabilización existen en casi todos los países descentralizados y van desde el 3% del PIB en Suiza, Finlandia y España, a un 1% en Grecia y a un 2% en Alemania (OCDE, 2009).

Por último, uno de los costes potenciales de un sistema de gobierno descentralizado reside en la capacidad del gobierno central para reducir las expectativas de rescate (Bordignon y Turati, 2009; Crivelli *et al.*, 2010). Si los gobiernos subnacionales esperan recibir fondos adicionales, esta expectativa debilita la restricción presupuestaria y da lugar a que se comporten de forma estratégica, es decir, los Estados tendrán incentivos para incurrir en déficit con la expectativa de rescate.

3.3. Desequilibrios horizontales

De la misma manera que existen desequilibrios entre las competencias y los recursos existentes entre diferentes niveles de gobierno, es posible identificar diferencias o desviaciones en recursos entre gobiernos que se encuentran al mismo nivel competencial. Son denominados comúnmente como desequilibrios horizontales y en literatura de políticas públicas suele denominarse «desigualdades territoriales».

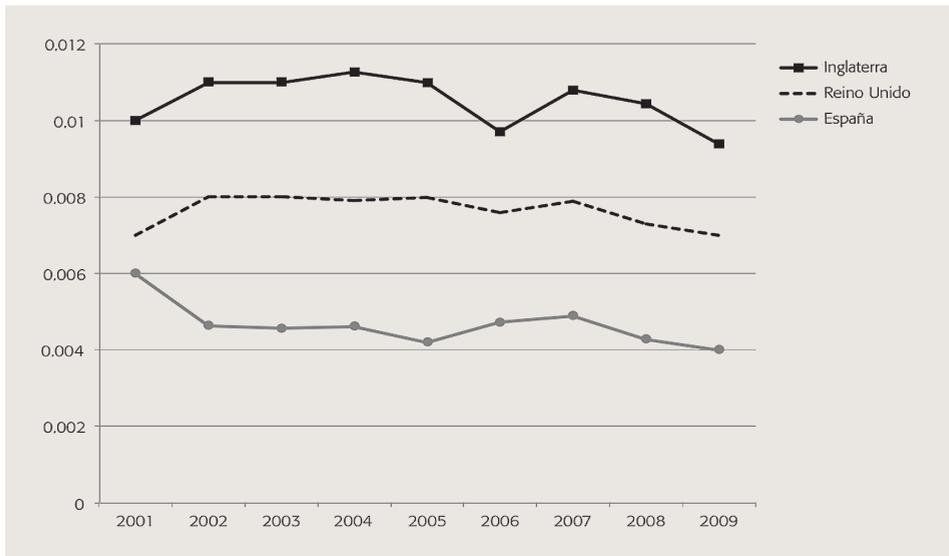
La autonomía fiscal no debe estar necesariamente en contradicción con la existencia de formas de compensación y redistribución territorial. Por ejemplo, el diseño de un sistema descentralizado puede compensar desequilibrios a través de subvenciones de nivelación (Oates, 1999), lo que supone incentivos de eficiencia, pero a su vez, la garantía de la equidad territorial. Los criterios para dilucidar la cuantía de estas subvenciones pueden ser objeto de largos debates, especialmente en sanidad, donde existen importantes dificultades para la medición de la necesidad sanitaria y el ajuste de riesgos. No obstante, la diferencia entre sistemas sanitarios centralizados y descentralizados está normalmente en los incentivos políticos a la mejora del sistema. Ello explica que aunque los programas sanitarios tengan un diseño uniforme, como en el caso de Inglaterra, sus efectos difieren en el territorio.

El gráfico nº 4 ofrece evidencia de las desigualdades territoriales en Inglaterra, uno de los sistemas sanitarios más centralizados de Europa. Las desigualdades, medidas por el coeficiente de variación del gasto sanitario público per cápita regional no ajustado, se han mantenido prácticamente constantes y en niveles que doblan las desigualdades regionales en España, donde la gestión sanitaria está descentralizada a nivel regional. En cambio, cuando las regiones de los otros países que conforman el Reino Unido se incluyen en el análisis, las desigualdades se muestran inferiores en

un 20%. Estos resultados, no hacen más que confirmar lo que algunos estudios previos ya evidenciaban (López-Casasnovas *et al.*, 2005).

La descentralización puede servir como mecanismo para adaptar la política pública a las necesidades específicas del territorio y, aunque resulte paradójico, con ello reducir las desigualdades regionales (Costa-Font, 2010).

Gráfico nº 4. **DESEQUILIBRIOS VERTICALES (COEFICIENTE DE VARIACIÓN DEL GASTO SANITARIO PER CÁPITA NO AJUSTADO)**



Fuente: ONS, 2011 y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011.

3.4. Innovación

La descentralización, tal como se observa en el gráfico nº 3, no parece conducir a una reducción del peso del sector público en el caso de existir diferencias sobre preferencias en el territorio (Costa-Font y Rico, 2006). Ello podría explicarse por la existencia de «emprendedores públicos» regionales que canalizan la heterogeneidad de preferencias hacia nuevos programas que cuentan con un apoyo popular, lo que genera un efecto retroalimentación cuando la financiación está altamente centralizada. La evidencia española es consistente con esta idea, de manera que las principales fuentes de innovación sanitaria en los últimos veinte años raramente ha tenido su origen en el gobierno central, ni tan solo cuando actuaba como gestor centralizador de las competencias de una decena de comunidades autónomas. Como ejemplos al respecto pueden citarse las agencias catalana, vasca y

andaluza de tecnologías sanitarias y los programas de salud mental (Costa-Font *et al.*, 2011) o de integración de servicios sociales y sanitarios.

Este fenómeno explica en parte que la descentralización no se ha dirigido a la privatización de la sanidad pública, ni tampoco a la reducción de su peso específico. Por ejemplo, el País Vasco y Navarra con amplia capacidad de autofinanciación, han sido pioneros en el desarrollo de programas de atención dental para menores, que después han sido adoptados por otras CC.AA., tales como Andalucía. Canarias fue pionera en la posibilidad de la segunda opinión médica y Cataluña ha destacado internacionalmente por desarrollar un sistema de gestión de trasplantes, pionero en España y referente internacional.

4. CONCLUSIÓN

Quizás uno de los fenómenos más generalizados de la reforma institucional de los sistemas sanitarios europeos es la existencia de un proceso de descentralización política y fiscal de competencias a gobiernos subcentrales. En este artículo se ha argumentado que si bien la principal razón existente para la descentralización sanitaria redundaba en satisfacer demandas heterogéneas en necesidad sanitaria y preferencias en términos de gestión, dada la limitada movilidad poblacional, los efectos competitivos de la descentralización en sanidad se producen gracias a la agencia política. Esto es, gracias a una mejor conexión entre las demandas de la población y el servicio de salud (Ver Costa-Font y Rico, 2006 para más detalle).

Los estudios revisados sugieren que la descentralización de la gestión sanitaria puede redundar en mejoras de eficiencia asignativa, a largo plazo, a la vez que en más innovaciones en la gestión del servicio. Ello a su vez, puede comportar mejoras en el proceso que conducirían en último lugar a la expansión de la satisfacción con el sistema sanitario.

Es importante destacar que la creación de un sistema descentralizado supone costes asociados a la transferencia de competencias, tanto al descentralizar como al centralizarlas de nuevo. Tal es el caso de Noruega o Polonia. No obstante, quizás los principales costes a tener en cuenta son los problemas de diseño de la llamada agencia política y fiscal que induce a que existan desequilibrios entre las competencias de gasto y las competencias de ingreso, también llamados desequilibrios verticales. Ello explica que en países, como es el caso de España e Italia, se hayan producido fenómenos de expansión de los llamados «déficit sanitarios». La sanidad es un bien y servicio público altamente valorado por el votante medio, y que está permanentemente sujeta a mejoras tecnológicas. Por ello, para hacer frente al crecimiento del gasto deberíamos demandar no solamente la capacidad, sino los incentivos a nivel subcentral para evitar trasladar el déficit al resto del Estado. Este es quizás el principal reto

de los modelos del Estado de bienestar descentralizados para garantizar su sostenibilidad a largo plazo.

A su vez, paradójicamente no parece, según la evidencia comparada, que la descentralización comporte desequilibrios horizontales importantes; al contrario, los mayores desequilibrios horizontales se producen en estados centralizados. Ello supone aceptar la posibilidad de diseñar un modelo de descentralización sanitaria que fomente la innovación y la eficiencia sin dar lugar a importantes desigualdades regionales. El principal mecanismo que se apunta es el de la capacidad que ofrecen los modelos descentralizados de experimentar nuevas innovaciones a bajo coste y luego extender estas innovaciones a los demás gobiernos sanitarios subcentrales (Costa-Font y Rico, 2006a, 2006b).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAICKER, K. y J. SKINNER (2010): Health Care Spending Growth And The Future Of U.S. Tax Rates. *Prepared for the Tax Policy and the Economy Conference, September 23, 2010.*
- BORDIGNON, M. y TURATI, G., (2009): Bailing out expectations and public health expenditure, *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 28(2), pages 305-321.
- BRENAN, G. y BUCHANAN, J. (1980): *Power to Tax: Analytical Foundations of a Fiscal Constitution*, Cambridge University Press.
- BRETON, A. (1996): *Competitive Governments: An Economic Theory of Politics and Public Finance*. New York, Cambridge University Press.
- BRETON, A. y SCOTT, A. (1978): *Economic Constitution of Federal States*. University of Toronto Press.
- COSTA-FONT, J. (2010a): Devolution, diversity and welfare reform: long-term care in the 'Latin Rim'. *Social policy & administration*, 44 (4). 481-494.
- (2010b): Does devolution lead to regional inequalities in welfare activity? *Environment and planning c: government and policy*, 28 (3). 435-449.
- (2009): Simultaneity, asymmetric devolution and economic incentives in Spanish regional elections. *Regional and federal studies*, 19 (1). 165-184.
- COSTA-FONT, J. y GREER, S. (2012): Federalism and Decentralization in European Health and Social Care. Palgrave MacMillan, Reino Unido.
- COSTA-FONT, J. y MOSCONE, F. (2008): The impact of decentralization and inter-territorial interactions on Spanish health expenditure. *Empirical Economics*, 34 (1). 167-184.
- COSTA-FONT, J. y PONS-NOVELL, J. (2007): Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. *Health economics*, 16 (3). 291-306.
- COSTA-FONT, J. y PUIG-JUNOY, J. (2007): Institutional change, innovation and regulation failure: evidence from the Spanish drug market. *Policy and politics*, 35 (4). 701-718.
- COSTA-FONT, J. y RICO, A. (2006): Vertical competition in the Spanish National Health System (NHS). *Public choice*, 128 (3-4). 477-498.
- COSTA-FONT, J. SALVADOR-CARULLA, L. y CABASES, J. y ALONSO, J. y MCDAID, D. (2011): Tackling neglect and mental health re-

- form in a devolved system of welfare governance. *Journal of social policy*, 40. 295-312.
- CRIVELLI, E., LEIVE, A. y STRATMANN, T. (2010): Subnational Health Spending and Soft Budget Constraints in OECD Countries. IMF Working Paper, 10/147.
- GOODSPEED, T. J. (2002): «Tax Competition and Tax Structure in Open Federal Economies: Evidence from OECD Countries with Implications for the European Union.» *European Economic Review*. February. 46(2): 357-374.
- KOETHENBUERGER, M. (2008): Revisiting the «Decentralization Theorem» – On the Role of Externalities, 2008, *Journal of Urban Economics*, 64, 116-122.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. AND COSTA-FONT, J.O. y PLANAS, I. (2005): Diversity and regional inequalities in the Spanish system of health care services. *Health economics*, 14 (S1). 221-235.
- OATES, W.E. (1985): Searching for the Leviathan: An Empirical Study. *American Economic Review*, 75: 748-757.
- OECD (2009): Explaining The Sub-National Tax-Grants Balance In OECD Countries. *OECD Network on Fiscal Relations Across Levels of Government*.
- PIPERNO, S. (2000): Fiscal Decentralisation in Italy: Some Lessons, mimeo.
- SEABRIGHT, P. (1996): Accountability and Decentralisation in Government: An Incomplete Contracts Model. *European Economic Review*, 40, 61-69.
- STEGARESCU, D. (2005): Public Sector Decentralisation: Measurement Concepts and Recent International Trends. *Fiscal Studies*, 26(3): 301-333.
- TIEBOUT, C.M. (1956): A Pure Theory of Local Expenditure. *Journal of Political Economy*, 64: 416-242.
- WILDASIN, D. (2008): Fiscal Competition. In Weingast, B. and Wittman, D. (eds). *The Oxford Handbook of Political Economy*, OUP, 502-20.