



## La descentralización sanitaria en Europa

Vaida Bankauskaite, Hans F.W. Dubois, Richard B. Saltman

Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias

## Introducción

Hay una marcada división entre los investigadores sobre cual ha sido el camino ó dirección seguida en la reestructuración de los sistemas de la atención sanitaria. Algunos sostienen que la mejor política debería orientarse hacia la descentralización, la democratización y la mejora de la gestión (Segall 2000). La descentralización se ha convertido en una estrategia de gestión adoptada de forma frecuente en muchos sistemas europeos de atención sanitaria. Está profundamente arraigada en algunas partes de Europa (en los países Nórdicos, modelo sistema nacional de salud) y en sistemas de atención sanitaria modelo Bismarck (seguro social médico), donde desarrollos recientes de la descentralización organizacional y de gestión cuentan con más de un siglo de experiencia. De otra parte, existe un desarrollo reciente buscando remediar las insuficiencias de los modelos centralizados de toma de decisión nacionales del sistema sanitario (de los países Mediterráneos, del Centro y del Este de Europa). Mientras que la descentralización en la Región Nórdica ha sido establecida por completo dentro del sector público, los países con Sistema de Seguro social médico han seguido una estrategia enteramente diferente de auto-regulación institucional y profesional. En muchos países europeos la descentralización se ve cada vez más como una estrategia progresiva de organización y de gestión del sistema sanitario, incorporando elementos de control local más democráticos, con el propósito de mejorar la eficacia en la gestión de recursos financieros y humanos.

Otros investigadores creen que la contención de gastos requiere una planificación y administración centralizada de los servicios sanitarios y una mayor centralización dentro del sector sanitario. (Bjorkman 1985). La experiencia reciente en el sector sanitario muestra que la descentralización y la re-centralización no son sistemas necesariamente opuestos sino que se pueden desarrollar de una forma paralela, con ciertas funciones reguladas a un nivel central, mientras que otras funciones o unidades están descentralizadas.

La descentralización modifica las funciones del personal del ministerio central, desde una línea de gestión a una política de formulación, asesoramiento técnico y programa de supervisión. Los directores del nivel-central también requieren una reinstrucción y reorientación sistemática, que los países pasan por alto con cierta frecuencia.

La privatización plantea una cuestión diferente y difícil para establecer las competencias del agente-principal. A largo plazo la privatización puede amenazar seriamente la igualdad y la sostenibilidad de un sistema universal que depende de la lealtad de sus componentes básicos. Los gobiernos de nivel regional como los consejos territoriales no tienen suficiente capacidad como para manejar estos riesgos. Regular el creciente sector privado requiere una legislación nacional, que por contra limitará la libertad del gobierno regional.

En este capítulo se abordará la cuestión de la descentralización desde tres perspectivas diferentes:

- En una primera parte se tratarán cuestiones conceptuales en relación a la descentralización en la sanidad;
- En la segunda se proporcionan las descripciones de los sistemas descentralizados de la atención sanitaria en algunos países seleccionados de Europa y en Canadá;
- En la tercera se destacan algunos temas clave en la descentralización del sistema sanitario.

## 1. Cuestiones conceptuales en la descentralización de la sanidad

Según definiciones ampliamente aceptadas, descentralización es la transferencia de la autoridad y del poder de la planificación pública, la gestión y la toma de decisiones desde los niveles más altos a los más bajos de gobierno o usualmente desde niveles nacionales a regionales (Rondinelli 1981; Collins and Green 1994; Mills 1994). El Banco Mundial aconseja que la descentralización sea utilizada para trazar el traspaso de poder de una amplia variedad de acuerdos y sistemas de responsabilidades. La descentralización está vista como un proceso político y administrativo que aporta beneficios estimulando la mejora de la eficiencia y la efectividad de la prestación de los servicios sanitarios (Kolehmainen-Aitken 1999).

Muchos países han transferido funciones del gobierno central a jurisdicciones locales, en parte como respuesta a presiones políticas de autonomía local, pero también como estrategia para que la prestación de los servicios públicos sea más eficiente. La descentralización puede ser vista como un reflejo de la “Nueva Gestión Pública”, que pone énfasis en la competitividad interna dentro del sector público, separando la financiación de las medidas de ejecución (Hood 1991). Desde una perspectiva económica, se ha argumentado que la descentralización aumenta la mejora de la gobernabilidad y de la prestación del servicio público en base a los siguientes conceptos:

- 1) Eficiencia distributiva, aplicando los servicios públicos a las necesidades locales; y
- 2) Eficiencia técnica, con menores niveles de burocracia y un mejor conocimiento de los costes locales.

Entre otras cuestiones, el argumento de que la descentralización fomenta la eficiencia distributiva y técnica, presupone que la devolución de funciones se produce en un medio institucional que puede proporcionar adecuados niveles de gobierno, de administración y de autoridad financiera a los gobiernos locales (Banco Mundial 1997). La descentralización también tiene como objetivo la mejora de las capacidades administrativas locales, que son reconocidas como lo más difícil de valorar y de controlar (Bovens 1996). La evaluación de los resultados de la descentralización requiere un enfoque multidisciplinario y una diversidad de métodos analíticos, ya que los indicadores cuantitativos, por si solos, pueden ser mal interpretados y mal empleados en ausencia de análisis cualitativos de las políticas de seguimiento (Gonzalez-Block et al. 1989).

Una evaluación de la administración pública proporciona cuatro tipos frecuentes de descentralización: delegación, desconcentración, devolución y privatización (Rondinelli 1983). (Tabla 1):

*La delegación* transfiere la responsabilidad a un nivel organizacional inferior.

*La desconcentración* transfiere la responsabilidad a un nivel administrativo inferior

*La devolución* implica la transferencia de la autoridad a un nivel político inferior

*La privatización* tiene lugar cuando las tareas son transferidas desde el ámbito público al privado.

Cada tipo de descentralización conlleva beneficios y riesgos (Borgenhammar 1993).

**Tabla 1. Varios tipos de descentralización**

<b>Tipo de descentralización</b>	<b>Definición</b>
<b>Método de la administración pública</b>	
Devolución	Implica la transferencia de la autoridad a un nivel político inferior
Delegación	Transferencia de la responsabilidad a un nivel organizacional inferior
Desconcentración	Transferencia de la responsabilidad a un nivel administrativo inferior
Privatización	Transferencia de la responsabilidad desde el ámbito público al privado
<b>Vertical vs. horizontal</b>	
Descentralización vertical	Aumento de autonomía para niveles organizacionales inferiores, entidades territoriales y /o representantes de la sanidad.
Descentralización horizontal	Incremento de la autonomía entre los diferentes sectores de la sanidad (público no estatal, privado con o sin ánimo de lucro).
<b>Territorial vs. Funcional</b>	
Territorial	Cuando las responsabilidades son atribuidas a las organizaciones locales dentro de un determinado ámbito geográfico
Funcional	Potestad para desarrollar una función específica de la atención sanitaria que es transferida a una oficina local especializada

La complejidad del sistema sanitario moderno establece vínculos entre los diferentes tipos de descentralización. Es muy difícil o casi imposible establecer una distinción clara entre ellos. Por ejemplo, en el Reino Unido la desconcentración está combinada con la delegación (European Health Care Reform WHO 1997), en Italia la delegación con la privatización (European Observatory on Health Systems 2001). Las distintas formas de descentralización necesitan ser analizadas conjuntamente. Todas las estructuras de gobierno contienen algunas combinaciones de estos tipos o formas de descentralización de la administración, con diferencias entre un país y otro en cuanto a la proporción de autoridad transferida a entidades descentralizadas (Rondinelli 1981). Por ejemplo, si excluimos la privatización (considerando que la privatización y la descentralización son sistemas conceptualmente diferentes) la valoración de los resultados de la descentralización puede conducirnos a resultados no completos, debido a los fuertes vínculos entre los diferentes tipos y sectores en el sistema sanitario. Por todo ello resulta lógico y ventajoso considerar ambos, analizando el sector privado y público conjuntamente con las diferentes formas de descentralización.

Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta los cuatro sectores que componen la estructura público-privada (Estado, Público no estatal, Privado sin ánimo de lucro; y Privado con ánimo de lucro), es posible construir cuatro categorías esenciales de cambios relacionadas con la descentralización:

## Descentralización vertical

La descentralización puede adoptar varias formas. Primero, debe distinguirse entre descentralización territorial (cuando las responsabilidades son atribuidas a las organizaciones locales dentro de un determinado ámbito geográfico), y descentralización funcional (potestad para desarrollar una función específica de la atención sanitaria que es transferida a una oficina local especializada) (Rondinelli 1981). El modelo de entidades territoriales (regiones, comunidades, municipios) en los países descentralizados depende de la historia, las tradiciones, el tamaño del país, y los factores sociales y económicos. La descentralización puede tener una estructura interna en la que la autoridad está delegada en escalones jerárquicos ya existentes. Por ejemplo, en Suecia los consejos territoriales y municipios tienen delegadas responsabilidades para la mayor parte de la provisión de los servicios de bienestar, pero todos ellos forman parte de un sistema de gobierno integrado central-local. Una vía externa de descentralización tiene lugar cuando la autoridad es transferida a nuevas entidades constituidas que tienen su propio régimen jurídico (Mills 1994). En el Reino Unido el sector público ha sido fragmentado en diferentes entidades organizativas, por ejemplo, en el sector de la atención sanitaria, los Trusts Hospitales del Sistema Nacional de Sanidad tiene un régimen jurídico diferente. Estas formas de descentralización externa son potencialmente más complejas y difíciles de modificar (Bach 2000).

Otras distinciones pueden hacerse entre devolución, desconcentración y delegación.

Devolución implica una transferencia de funciones, responsabilidad y autoridad a niveles independientes y entidades de gobierno inferiores. Incluyen ciertas transferencias de poderes a nivel de la atención primaria (introducción de esquema de fundaciones de los médicos de familia en el Reino Unido) o de responsabilidad financiera para toda la gama de servicios (sanidad, social y escuela en Finlandia). En Bélgica, casi todos los programas de servicios/cuidados preventivos y de atención sanitaria han sido transferidos a las comunidades y regiones (Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios 2000). La devolución va dirigida a alcanzar objetivos específicos: introducir más las necesidades en la fórmula para la distribución de recursos, debido a las llamativas desigualdades en la atención sanitaria y en la distribución de ingresos existentes entre las diferentes partes del Reino Unido (Pollock 2001).

Desconcentración implica la transferencia del poder administrativo. La desconcentración administrativa, conlleva la transferencia de la toma de decisiones discrecionales en el caso del personal, con libertad para decidir en temas rutinarios y tomar medidas para adecuar y ajustar las directivas centrales a las condiciones locales, todo ello según las pautas establecidas por el Ministerio de Sanidad. Usualmente se distingue entre ésta desconcentración administrativa y la denominada *administración local* (forma de desconcentración en la cual todos los niveles subordinados de gobierno en el país son representantes del gobierno central, normalmente una sucursal ejecutiva). La administración local puede estar integrada (cuando los funcionarios centrales y los funcionarios locales trabajan bajo la supervisión del mismo ejecutivo local) o no integrada (cuando los funcionarios centrales y los locales trabajan de forma independiente y son supervisados por distintos entes). En Finlandia, por ejemplo, los 12 gobiernos provinciales actúan a nivel regional como brazos ejecutivos del gobierno nacional.

La Delegación transfiere la responsabilidad a un nivel organizacional inferior, normalmente a una organización independiente del sector público. Por ejemplo, el sistema de seguridad social y atención sanitaria de Alemania se basa en gran parte en la autorregulación de las fundaciones sanitarias sin ánimo de lucro y de las asociaciones

profesionales. Los Gobiernos pueden ver la delegación como un camino para evitar la ineficiencia de la gestión del gobierno directo (Mills 1990).

### **Descentralización horizontal**

La privatización implica la transferencia de las funciones de gobierno a una organización no gubernamental que puede ser una organización benéfica o una compañía privada. La privatización pretende dar una mayor presencia a los consumidores en el mercado y establecer una mayor competencia en la búsqueda de clientes o contratos. Se puede dirigir a la provisión de servicios, a la financiación de los mismos o a ambas. En la práctica se pueden encontrar diferentes combinaciones de estos dos elementos. La privatización requiere una fuerte autoridad reguladora para controlar la dotación y calidad de los servicios sanitarios y de las industrias suministradoras (Saltman et al. 2002).

En Europa Central y en los países de la antigua Unión Soviética, la privatización ha sido una vía común para la descentralización de los dentistas y de los farmacéuticos (Hungría, Polonia, República Checa y los países de Asia Central). La privatización se ha vinculado a una gama de técnicas, que incluyen: venta de activos, contratación de servicios externos, acuerdos de mercado internos, pago de los usuarios por servicio, conciertos público-privados, y liberalización, que conlleva la flexibilización o anulación de regulaciones que impedían a las compañías privadas entrar a competir en el mercado con el sector público (Bach 2000). La amplia gama de técnicas indica que la privatización está aumentando los márgenes para fomentar la participación del sector privado en la prestación de los servicios públicos (Rondinelli and lacona 1996).

### **Re-centralización en la sanidad**

Algunos investigadores creen que parece inevitable una mayor centralización del sector sanitario (Bjorkman 1985). Experiencias recientes muestran que no se deberían descentralizar las materias siguientes: regulación y ordenamiento de la política sanitaria, decisiones estratégicas sobre la aplicación de recursos sanitarios, y la evaluación y análisis de la salud de la población (Saltman et al 1998). Conceptualmente, si ningún sistema puede ser calificado como descentralizado sin antes haber sido centralizado (Bjorkman 1985; Saltman and de Roo 1988), tampoco ningún sistema puede ser descrito como recentralizado sin haber sido antes descentralizado. Por tanto, se puede establecer una distinción entre centralización y re-centralización.

La re-centralización territorial y funcional existe (Tabla 2). Si las decisiones centrales no se llevan a cabo teniendo en cuenta correctamente el tamaño de las unidades territoriales, puede conducir a mayores desigualdades y/o a la re-centralización de las mismas (Suecia, Portugal). La re-centralización funcional implica la unificación de ciertas funciones, por ejemplo, en Estonia, los 17 grupos de compradores han sido fusionados en ocho, y en Hungría, los 19 comités regionales de seguro de atención sanitaria han sido reunidos en un único fondo nacional con la mayoría de las funciones administrativas centralizadas (Mossialos et al 2002). En Dinamarca, su sistema descentralizado de atención sanitaria tiene un mecanismo centralizado para la financiación de los médicos de familia (Observatorio Europeo 2001). Se discute acerca de las ventajas clínicas en la centralización de los servicios de atención sanitaria en el Reino Unido (Black 2002). Un ejemplo de la gestión re-centralizada es la reforma hospitalaria en Noruega en 2002. En países federales con sistemas sanitarios delegados ha habido un incremento en el poder del gobierno central sobre el sector sanitario (Suiza, Alemania). La privatización puede conducir a menudo a la re-centralización (European Health Care Reform WHO 1997).

**Tabla 2. Tipos y ejemplos de la re-centralización sanitaria**

Tipo de la re-centralización	Ejemplo
Territorial	Re-centralización de las unidades administrativas, como municipios
Funcional	Re-centralización de ciertas funciones (compradores de los servicios) Re-centralización de la financiación de los médicos

### **Las relaciones del centro-periferia**

La forma óptima de descentralización es cuando las responsabilidades operacionales están descentralizadas, pero se mantiene la influencia central sobre la política de desarrollo (Saltman et al 1998). Un camino para desarrollar estas relaciones puede ser a través de un intermediario (agente principal), con el que la relación sea más dinámica y fluida (Bossert 1998). Este acercamiento propone un agente principal (individual o institucional) con objetivos específicos y agentes (delegados) que lleven a cabo las acciones para alcanzar esos objetivos. Los agentes delegados tienen más información sobre lo que se está haciendo que la que tiene el agente principal, lo que les da la ventaja de permitirles definir objetivos, con independencia de los del principal. En la mayoría de los estudios sobre la intermediación del agente principal está comprobado que el principal recibe las ganancias de cualquier beneficio producido por los agentes delegados. Adicionalmente, el agente principal focaliza la supervisión de la información y la forma de efectuar su seguimiento y supervisión.

## **2. Estructura de los sistemas sanitarios descentralizados en determinados países Europeos <sup>2</sup>**

### **2.1. Suecia**

Los 18 consejos territoriales suecos (*Landsting*), dos organismos regionales (*Skåne* y *Västra Götaland*)<sup>2</sup> y un municipio sin consejo territorial (*Gotland*) están a cargo del sistema de prestación sanitaria, desde la atención primaria al cuidado hospitalario, incluyendo la salud pública y el cuidado preventivo. Los consejos territoriales tienen autoridad total sobre la estructura hospitalaria y responsabilidad sobre toda la prestación sanitaria. En 1999, el 66% de sus ingresos totales fueron generados por los impuestos territoriales, el 21% por las subvenciones estatales, el 3.3% por los pagos de los usuarios y el 9.7% de otras fuentes.

Cerca de la mitad de los consejos territoriales están divididos en 3-12 distritos de atención sanitaria, cada uno de ellos con responsabilidad total sobre la salud de la población en su zona. Un distrito sanitario consta normalmente de un hospital y de varios

<sup>2</sup> Esta sección está basada en *Health in Transition Reports* ([www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)), los comentarios hechos por los autores del libro de *Decentralisation in health care: strategies and outcomes* de Saltman et al (eds) (de próxima aparición para 2006) y la página web nacional y regional de las autoridades de la atención sanitaria de los respectivos países.

*Skåne* se formó por la fusión de dos consejos regionales en 1999, mientras que *Västra Götaland* se formó por la fusión de tres consejos regionales en 1998.

distritos de atención primaria, que a su vez se dividen en áreas de atención sanitaria primaria. Un área de atención primaria se corresponde normalmente con la misma zona geográfica que el municipio local, aunque las grandes ciudades cuentan normalmente con más un área de atención sanitaria. En 2000, había cerca de 370 áreas de atención sanitaria primaria.

Los 290 municipios de Suecia (Kommuner) son responsables de la mayor parte de los servicios de bienestar social, incluyendo el cuidado de las personas mayores y niños. Cada municipio tiene una asamblea elegida, el consejo municipal, que toma decisiones en materias municipales y designa el comité ejecutivo, que dirige y coordina el trabajo del municipio.

El gobierno central sueco tiene la máxima autoridad política sobre la salud de la población, y puede establecer leyes nacionales regulando determinados aspectos del sistema de atención sanitaria, como los derechos básicos de los pacientes o la regulación sobre enfermedades contagiosas. A través del Comité Nacional de Sanidad y Bienestar Social, el gobierno también puede dictar normas respecto a la práctica médica y evaluar su desarrollo a nivel del consejo territorial.

## **2.2. Italia**

En Italia, la planificación del gasto sanitario está a cargo de veinte regiones (una de las cuales, *Trentino Alto Adige*, está dividida en dos provincias con alto nivel de autonomía). La población de estas regiones varía mucho, desde los 120.589 habitantes en *Valle d'Aosta* a 9.121.714 en *Lombardia* (2001). Las Autoridades Sanitarias Regionales son responsables de la financiación, organización y prestación de servicios sanitarios en su propia área. Tienen libertad para desarrollar Planes Regionales de Salud, estrategias y elección de sus políticas para alcanzar las necesidades y expectativas locales. Desde el punto de vista financiero las regiones tienen libertad para utilizar su presupuesto regional y distribuir sus recursos. Pueden utilizar los ingresos por el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), pagos compartidos, además del impuesto personal sobre la renta y el impuesto local sobre la gasolina. Las regiones tienen plena autonomía para el establecimiento del presupuesto total en sanidad. A las Autoridades Sanitarias Regionales también se les permite incrementar la tasa del pago compartido y ampliar la gama de servicios, y pueden rembolsar el importe de determinados medicamentos o de determinados servicios sanitarios no incluidos en el paquete básico de prestación sanitaria.

En 2002 había un total de 197 Autoridades Sanitarias Regionales. Las empresas locales de salud (*Aziende Sanitarie Locali*, (ASLs) operan con fondos provenientes de las respectivas Autoridades Sanitarias Regionales, que las dotan de medios para proporcionar la atención sanitaria directamente o bien a través de hospitales públicos (*Aziende Ospedaliere*) con autonomía financiera y técnica, hospitales de investigación y proveedores privados acreditados. Los departamentos regionales de salud designan a un Director General para cada ASL, que sumaban un total de 960 en 2002. El número de ASLs de cada región varía mucho: desde cuatro en *Liguria* y *el Valle d'Aosta* hasta 132 en *Umbria* (2002). Las ASLs son responsables de la coordinación y prestación de la atención primaria, medicina extra-hospitalaria especializada y atención residencial para sus poblaciones asignadas. También fomentan un acercamiento intersectorial para promover la salud, pretendiendo la integración entre los servicios de salud y los servicios sociales.

Los Hospitales Italianos son gestionados por directores contratados e independientes de las *Aziende Sanitarie Locali*. Estos Hospitales tienen que operar con presupuestos ajustados: el superávit presupuestario puede ser utilizado para inversiones e incentivos del personal, mientras que los resultados deficitarios conllevan la pérdida de autonomía.

El Ministerio de Sanidad es responsable de la gestión y administración sanitaria. La planificación nacional de la sanidad se efectúa a través de la formulación de objetivos sanitarios en el Plan Nacional de Salud periódico, elaborado por el Ministerio de Sanidad, pero negociado y aprobado por las regiones. En lo relativo a la financiación, el Ministerio de Sanidad establece el presupuesto general, los aumentos de impuestos y la redistribución de fondos. Las contribuciones de las regiones al Fondo Nacional de Solidaridad son distribuidas a las regiones de acuerdo con una fórmula compleja, basada en la población, estructura de edad, índice de mortalidad, movilidad interregional, mortalidad perinatal e infantil y gasto histórico. Además, al Ministerio de Sanidad le corresponde la difusión de indicadores comunes y el mantenimiento de un criterio homogéneo en la recopilación de información entre las regiones, así como definir el criterio de homologación de los servicios sanitarios.

### **2.3. Noruega**

El Ministerio de Sanidad Noruega es responsable de la política nacional, de la elaboración de normas generales, del asesoramiento y de asegurar que los servicios ofrecidos cumplen con los objetivos nacionales. Al contrario que otros países nórdicos, los impuestos son fijados por el gobierno central, suponiendo un sistema de financiación centralizado del país.

La atención sanitaria especializada es prestada por cinco empresas regionales de salud. Ello incluye tanto instituciones generales como psiquiátricas, y otros servicios médicos especializados como laboratorio y radiología. Las empresas regionales de salud pertenecen al gobierno central, son entidades jurídicamente independientes, y sus responsabilidades incluyen prevención de enfermedades y tratamientos en colaboración con los municipios. Cada empresa regional de salud está constituida por un consejo ejecutivo de profesionales designado por el Ministerio de Sanidad, y una dirección general regida por un director general. Esto significa que los objetivos principales de la política sanitaria y sus estructuras están determinadas por el gobierno central, que también establece las bases de gestión de las empresas. Las empresas regionales de sanidad están financiadas con una combinación de concesiones directas ajustadas a sus necesidades y financiación propia basada en su actividad. Sin embargo, el día a día de las empresas es responsabilidad de su director general y del consejo ejecutivo. Las empresas regionales de sanidad tienen la responsabilidad legal de asegurar la prestación de servicios de salud a los habitantes de su área geográfica, proporcionan la atención sanitaria a través de sus propias filiales y también de proveedores privados, disponen de empresas locales de sanidad como unidades de prestación de servicio. Actualmente hay 35 en las 5 empresas regionales de sanidad.

Los ingresos de las autoridades locales provienen en su mayor parte de las concesiones directas que reciben del gobierno central, pero también de algunos impuestos locales. Los 434 municipios noruegos, cuyo tamaño varía considerablemente, son responsables de la prestación y financiación de la atención primaria y servicios sociales, incluyendo servicios de atención permanente para las personas mayores. La atención primaria la proporcionan los médicos de familia privados ó los públicos dependientes de los servicios municipales.

En 2001 se introdujo en Noruega un sistema de lista de pacientes, cuyo propósito principal era mejorar la calidad del servicio asegurando que cada habitante esta adscrito a un médico general. El sistema de lista de pacientes establece tanto un nuevo sistema de remuneración como un nuevo esquema organizacional. Los médicos reciben el 30% de sus ingresos en función de la renta per-capita de los municipios donde trabajen, y el restante 70% está basado en la actividad, en sus honorarios de consulta y en la tasa de reembolso por parte del Servicio Nacional de Seguros (Carlsen and Norheim 2003).

## 2.4. Suiza

Suiza tiene una estructura federal con tres niveles diferentes: la confederación (o gobierno federal), los cantones y los municipios. Hay 26 cantones (seis de los 26 cantones son actualmente tres, divididos en dos medios cantones cada uno por razones históricas: *Unterwalden*, *Appenzell* y *Basel*) con una población entre 15.000 (Appenzell Innerrhoden) y 947.100 habitantes (Berne).<sup>3</sup>. Cada cantón tiene su constitución, parlamento, gobierno y juzgados propios. Estos cantones están divididos en 2.873 comunas en total. Cerca de una quinta parte de estas comunas tienen su propio parlamento; en las otras cuatro quintas partes las decisiones se adoptan de forma directa y democrática en las asambleas locales. Los ciudadanos tienen el derecho de promover leyes y referéndum a nivel municipal, cantonal y federal.

No hay Ministerio de Sanidad a nivel federal. Varias oficinas gubernamentales comparten la responsabilidad de la sanidad y asuntos relacionados con los servicios sanitarios. Todos son responsables ante el Parlamento Federal. Tres de las oficinas ejecutivas pertenecen al Departamento Federal de Asuntos Domésticos: La Oficina Federal de Salud Pública, la Oficina Federal del Seguro Social y la Oficina Federal de Estadística. Por otra parte, la Secretaría de Estado de Economía depende del Departamento Federal de Asuntos Económicos. El papel de la Oficina Federal de Salud Pública está limitado a la regulación y supervisión de materias relacionadas con el campo de los narcóticos y las vacunas, venenos, calidad de los alimentos y protección de la radiación. Sus actividades para combatir enfermedades están dirigidas hacia las epidemias, tuberculosis, reumatismo y SIDA. La Oficina Federal del Seguro Social tiene la función de reconocer oficialmente las compañías de seguros sanitarios, supervisar y controlar sus actividades, y aprobar anualmente las primas de los seguros de salud. La Oficina Federal de Comercio e Industria protege financieramente a las personas que reciben el pago de un subsidio del seguro federal de invalidez o accidente. Los ingresos por impuestos son principalmente de los municipios y de los cantones y las tarifas varían de un lugar a otro.

Los proveedores sanitarios son financiados principalmente por las compañías de seguros sanitarios o por pagos directos de los pacientes. En 2002 había 93 empresas privadas, fundaciones sin ánimo de lucro, que deben ofrecer el mismo, básico y obligatorio seguro sanitario. Los servicios cubiertos por el seguro obligatorio están definidos en la ley federal. Las compañías aseguradoras son libres de establecer sus primas, las cuales pueden variar entre cantones, pero no dentro del mismo cantón. La mayor parte de los gastos sanitarios públicos son originados por los cantones y en menor medida por los municipios.

Los cantones son constitucionalmente independientes del gobierno federal. Tienen la responsabilidad de planificar, supervisar y en parte proporcionar la prestación sanitaria

---

<sup>3</sup> A 31 de diciembre de 2001

en un área geográfica definida. La responsabilidad cantonal comprende la elaboración de la política de salud e higiene, planificación, ejecución y construcción de hospitales, regulación del cuidado hospitalario externo, gestión de las escuelas médicas y paramédicas, actividades en el campo de la prevención y promoción, y regulación de los derechos del paciente. Los cantones gozan de soberanía para definir los principios y parámetros con los que establecer los subsidios para rentas bajas, pudiendo elegir, dentro de los límites marcados a nivel federal, el presupuesto que más se adecue a los subsidios previstos. Entonces el nivel federal complementa los gastos de cantones. Con respecto a la prestación de servicios sanitarios, coexisten los proveedores privados y públicos, pero los proveedores privados tienen un gran área de responsabilidad, principalmente la atención de pacientes externos y en un grado menor, el cuidado hospitalario. En Suiza, los servicios prestados en el sector ambulatorio y a pacientes externos en el sector hospitalario (de corta estancia en el hospital) están financiados frecuentemente bajo un sistema de pago de honorarios por servicio. El importe de los servicios se acuerda anualmente y se fija en una tabla de honorarios a nivel nacional, que tiene que ser aprobada por el Consejo Federal. El precio de los servicios es negociado a nivel cantonal por el seguro de salud obligatorio, y a nivel federal por otros tipos de seguros. Si los proveedores sanitarios y las compañías de seguros no se ponen de acuerdo en la tabla de honorarios, es el gobierno del cantón donde este localizado el proveedor o suministrador el que determina el importe de los servicios. Las autoridades federales y de los cantones no tienen programas de control directos sobre los servicios ambulatorios pero tiene controles significativos sobre hospitales y residencias para la tercera edad y enfermos terminales. Los hospitales y las residencias solo pueden ser reembolsadas por servicios prestados cubiertos por un seguro sanitario obligatorio, si están incluidos en la lista oficial de hospitales y residencias del cantón. Los cantones son responsables de la planificación de esas instalaciones. La decisión de los cantones sobre la planificación hospitalaria y las listas puede ser cambiada por su subordinación al Consejo Federal. A nivel cantonal, los hospitales públicos y concertados han constituido asociaciones hospitalarias que negocian los honorarios con las compañías de seguros sanitarios. Para complementar la atención sanitaria hospitalaria a nivel cantonal, los municipios tienen el deber de organizar el apoyo profesional a la atención domiciliaria, que normalmente está cubierta por organizaciones voluntarias y benéficas.

Los municipios tienen el deber de organizar programas de promoción de la salud y de atención médica en los colegios, así como la prestación de asistencia domiciliaria. En el campo de la atención hospitalaria externa y domiciliaria, los municipios emplean personal de enfermería municipal ó lo contrata con organizaciones privadas, dependiendo de las necesidades y de la situación política, demográfica y económica de la localidad.

## **2.5. Reino Unido**

El Reino Unido ha devuelto a sus países constituyentes la responsabilidad de la atención sanitaria. Inglaterra (49.138.831 número de habitantes en 2001), Escocia (5.062.011), Gales (2.903.085) e Irlanda del Norte (1.685.267). Pero no todos los países tienen el mismo grado de autonomía: Escocia tiene una autonomía relativamente amplia, mientras que para Gales está mucho más limitada. La financiación principal de todos los países se obtiene a través de impuestos nacionales, con prestación de los servicios a través de proveedores públicos y devolviendo la responsabilidad de la adquisición de servicios a organismos locales (Fundación de Atención Primaria en Inglaterra, Consejos Sanitarios en Escocia, Instituciones locales de sanidad y salud en Gales, y Consejos de Servicios Sociales en Irlanda del Norte). El gobierno central controla el gasto público y los impuestos. Los fondos públicos son redistribuidos a los países. La fórmula *Barnett*

establece que, cuando son comparables, los cambios en los programas en Inglaterra dan como resultado cambios equivalentes en los presupuestos de los departamentos territoriales calculados en base a su población. Sólo Escocia tiene la potestad de utilizar un impuesto para obtener ingresos adicionales, aunque todas las administraciones pueden elegir cómo distribuir sus recursos sanitarios. En Inglaterra, el Departamento de política sanitaria determina la estructura, la financiación y la gestión de todas las áreas del Sistema Nacional de Salud (SNS) y atención social. Aunque los hospitales en el Reino Unido son generalmente públicos, varios hospitales están gestionados por compañías privadas, que son reembolsadas de conformidad con los acuerdos acordados con el gobierno. El 1 de septiembre 2001, el Ministerio de Sanidad firmó 105 contratos por un valor total de 2.5 billones de Libras Esterlinas. Tanto los *Trusts* de Atención Primaria (*Primary Care Trusts*) como los *Trusts* de los Hospitales de SNS son supervisados por 28 Autoridades sanitarias estratégicas. Todos ellos son responsables de desarrollar las relaciones de trabajo mediante acuerdos sectoriales de servicio. Cada país tiene sus propias bases comparativas de información.

En Inglaterra, los *Trusts* de Atención Primaria son organizaciones locales (con una población de entre 80.000 y 300.000 personas) responsables de gestionar los servicios sanitarios en la comunidad, salvo para servicios altamente especializados. Son también responsables de la integración de la atención sanitaria y social, garantizando que las organizaciones sanitarias locales trabajen conjuntamente con las autoridades locales. Los directores ejecutivos de los *Trusts* de Atención Primaria son responsables de garantizar la calidad clínica y el control financiero, dentro de los márgenes acordados a nivel nacional. Los *Trusts* Sistema Nacional de Salud gestionan los hospitales, responsabilizándose de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Los *Trusts* emplean al personal del Sistema Nacional de Salud, incluyendo tanto personal sanitario, como personal no sanitario.

En Escocia, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está dividido en Consejos del Sistema Nacional de Salud. Estos Consejos gestionan directamente los hospitales. La atención primaria está gestionada a través de un sistema local 'Asociación Comunitaria de salud' dentro de cada Consejo del Sistema Nacional de Salud (SNS). Los hospitales son los responsables de dar servicios de atención hospitalaria a enfermos agudos, actuando dentro de los límites geográficos de cada uno de los Consejos. El papel que asumen es la protección y la mejora de la salud de sus residentes, llevando a cabo Programas de Mejora de la Atención Sanitaria. Con esto se pretende mejorar la cooperación no sólo entre los Hospitales sino también con las autoridades locales.

En Gales, hay 22 consejos locales sanitarios que coinciden con las 22 áreas cubiertas por las autoridades locales. Los consejos sanitarios son responsables de valorar las necesidades, de los cuidados especializados de los hospitales y de la gestión de la atención primaria. Hay 14 hospitales del SNS cubriendo extensamente las mismas responsabilidades que sus equivalentes en Inglaterra, salvo que los hospitales de Gales prestan a la población local servicios, tanto hospitalarios como comunitarios, incluyendo la atención de las enfermedades mentales.

En Irlanda del Norte, los servicios sanitarios y sociales se prestan como un servicio integrado. Los cuatro Consejos de Atención Sanitaria y Social son agentes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Seguridad Pública en planificación, seguimiento y adquisición de servicios para los residentes de sus áreas. Los 19 Hospitales son los proveedores de la atención sanitaria y servicios sociales. Gestionan el personal y los servicios, y controlan sus propios presupuestos.

## **2.6. Portugal**

El sistema sanitario portugués se caracteriza por tres sistemas co-existentes: Sistema Nacional de Salud (SNS), con el 100% de cobertura virtual y el 75% de cobertura real, sistemas de seguros públicos y privados para ciertas profesiones, como funcionarios civiles, personal militar o trabajadores bancarios, y un creciente seguro sanitario privado de carácter voluntario.

A través del Ministerio de Sanidad el Gobierno Central es responsable del desarrollo de la política sanitaria y de supervisar y evaluar su implementación. La financiación del SNS (Sistema Nacional de Salud) proviene de un sistema impositivo centralizado que cubre a toda la población. El SNS está dividido desde 1993 en cinco Administraciones Regionales Sanitarias. Sus responsabilidades de gestión son una mezcla de gestión estratégica de la salud de la población, supervisión y control de los hospitales y gestión directa centralizada de la atención primaria/ centros de salud del SNS. Las Administraciones Regionales de Salud son responsables de llevar a cabo a nivel regional los objetivos de la política nacional salud. Su autonomía sobre el ajuste y gasto del presupuesto está limitada a la atención primaria, ya que los presupuestos hospitalarios continúan siendo definidos y distribuidos por el Ministerio de Sanidad. Los presupuestos de los hospitales se basaban en los presupuestos del año anterior incrementados con la inflación, pero desde 1997 en gran parte están basados en la información del GRDs (Grupos Relacionados de Diagnóstico) , así como en el volumen no ajustado de pacientes externos. El Ministerio de Sanidad distribuye los fondos a las Administraciones Regionales de Sanidad, que financian la actividad total de cada centro de salud, el cuál es responsable de la atención primaria.

Las cinco Administraciones Regionales Sanitarias están subdivididas en 18 sub-regiones, cada una con un coordinador sub-regional. Por debajo de la jerarquía administrativa de la región y sub-región se encuentran los municipios. La prestación de la atención sanitaria está basada en la proximidad geográfica más que en las áreas administrativas, de tal forma que algunas comunidades pueden estar incluidas en municipios vecinos. Los municipios han desarrollado con éxito varias iniciativas en el área de la salud pública, pero su papel global es limitado.

Las regiones autónomas de las Azores y Madeira tienen su propia administración y regulación con respecto a la organización, gestión, financiación y prestación de los servicios sanitarios, sus políticas son definidas y ejecutadas por las Agencias del Gobierno Regional.

## **2.7. Finlandia**

El Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad finlandés dirige y guía los servicios sociales y sanitarios a nivel nacional, es decir define la política social y sanitaria general, difunde las pautas de conducta, prepara las reformas principales y proyectos de legislación, supervisa la aplicación de la legislación y ayuda al Gobierno en la toma de decisiones. El Gobierno decide sobre las prioridades generales nacionales y propone la financiación para su deliberación en el Parlamento. Parte de los gastos sanitarios están financiados por la recaudación de impuestos nacionales.

Hay varios organismos adscritos al Ministerio con diferentes competencias:

- El Consejo de Seguridad básico, que tras la iniciativa del Ministerio puede investigar las deficiencias apreciadas en el suministro de servicios sanitarios municipales. El Consejo puede hacer recomendaciones sobre cómo y cuando deben ser corregidas dichas deficiencias.
- El Centro de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud supervisa y evalúa las actividades de los servicios de asistencia social y atención sanitaria.
- La Agencia Nacional de Farmacia procura y promueve la seguridad en el uso de los fármacos, aparatos médicos y productos sanguíneos.
- El Instituto Nacional de Salud Pública realiza investigaciones sobre las enfermedades y su prevención, y asegura la disponibilidad de vacunas en el país.

Por debajo del Ministerio hay cinco Oficinas Provinciales Estatales (y las autónomas Islas Aland). Los departamentos sociales y de salud son responsables de dirigir y supervisar tanto la atención especializada y primaria pública como privada, además de evaluar servicios básicos. Sus responsabilidades incluyen atender las solicitudes relacionadas con los suministros de servicios sanitarios y la aprobación de planes de inversión de capital. Los hospitales están distribuidos en 21 distritos hospitalarios, cada uno de ellos responsable de la prestación médica especializada y de la coordinación de la atención pública especializada dentro de su área. La población que abarcan los distritos hospitalarios varía entre los 7.000 y los 8.000 habitantes, y normalmente constan de 1-3 hospitales (no psiquiátricos) y 1-2 hospitales psiquiátricos. Los distritos hospitalarios deben tener un mecanismo fiscal ecuaníme que evite el riesgo de costes elevados entre los municipios miembros de cada distrito.

En Finlandia los municipios tienen que ordenar, por Ley, tanto los servicios básicos como los servicios sociales y sanitarios. Hay 448 municipios. La población de un municipio varía desde 100 habitantes a cerca de 500.000 en la capital, pero el 75% tiene una población menor de 10.000 habitantes. El poder de decisión principal recae en el Consejo municipal elegido, el cual designa una Junta ejecutiva municipal, que es responsable ante el Consejo, y los miembros de los diferentes comités municipales. Los Comités de salud y servicios sociales están unidos con frecuencia en un solo comité. Los municipios también pueden crear federaciones cubriendo poblaciones más extensas. Tienen la potestad de aumentar los impuestos y pueden imponer pagos a los usuarios dentro de un máximo legal. El impuesto municipal sobre la renta es un tipo fijo sobre los ingresos, que varía de municipio a municipio. Los municipios también recaudan un impuesto inmobiliario y reciben una participación de los impuestos empresariales. Alrededor de la mitad de sus ingresos proviene de los impuestos. Otras fuentes importantes de ingresos son los subsidios del estado, recibidos en forma de paquete básico de concesiones garantizadas, basadas en indicadores de población, demográficos y geográficos, aunque los municipios tienen la libertad de aplicarlos en función de las prioridades locales. Los ingresos municipales son utilizados para otros servicios además de la sanidad (cerca del 25% de su presupuesto total es gastado en sanidad). En promoción de la salud, las organizaciones no gubernamentales pueden obtener fondos centrales provenientes de los impuestos sobre el tabaco para proyectos y actividades. Los municipios están obligados a suministrar: atención sanitaria especializada, promoción de la salud, prevención de enfermedades, cuidado médico, rehabilitación y cuidado dental. Los municipios negocian anualmente sobre las provisiones de servicios con su distrito hospitalario. Cada municipio es miembro de un distrito hospitalario.

Los municipios han sido los principales proveedores de fondos del sistema sanitario. Sin embargo, las provisiones sanitarias más descentralizadas han sido complementadas con la provisión central del Seguro Nacional Sanitario, que cubre gastos farmacéuticos, una parte de los honorarios del sector privado y destina también fondos a los proyectos provinciales. Los ingresos del Seguro Nacional Sanitario provienen principalmente de la nómina de los contribuyentes. El Estado garantiza la solvencia del Seguro Nacional Sanitario y le aporta una contribución anual.

## **2.8. Canadá**

Aunque la constitución canadiense otorga jurisdicción sobre casi toda la sanidad a nivel provincial, el Gobierno Federal Canadiense ejerce cierta potestad sobre los programas de salud provinciales, imponiendo condiciones a las transferencias intergubernamentales. Además de las responsabilidades reguladoras en temas como patentes farmacéuticas y seguridad en alimentos y fármacos, el gobierno federal también es responsable de proporcionar servicios sanitarios y subsidios a colectivos determinados (estos grupos incluyen las Fuerzas Armadas, Policía Montada del Canadá, y el pueblo Inuit y Primeras Naciones en Canadá), aunque en lugar de prestar dichos servicios directamente lo que hace es facilitar su obtención. También proporciona la mayor parte de los fondos para la investigación sanitaria, y puede adoptar un papel coordinador para algunas funciones, como la protección de la salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud. El Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI) recopila información sobre la salud canadiense que puede ser utilizada para mejorar la política sanitaria, la gestión del sistema de atención sanitaria y para el conocimiento general de los factores que afectan a la salud.

Diez provincias y tres territorios en Canadá son los principales responsables de la financiación de ciertos servicios sanitarios “asegurados” —cerca del 70% de los gastos sanitarios canadienses vienen de fuentes del sector público. Este se realiza a través de programas de seguro universal en cada provincia/región. Para recibir todos los fondos federales, estos planes deben prestar cobertura total a todas las personas aseguradas para todo “requerimiento médico” de servicios, tanto a pacientes internos como externos y sin fórmula de co-pago. Los servicios de atención sanitaria son prestados sobre todo por proveedores privados, con grados de variación en cuanto al control provincial. Las Provincias pueden también implicarse en la planificación, financiación, regulación y (en ocasiones) en la entrega de servicios adicionales, incluyendo la salud pública (vigilancia, prevención de enfermedades y promoción sanitaria), salud mental, rehabilitación, servicios de atención permanente y atención domiciliaria, y cobertura de medicamentos. Los planes y acuerdos pueden variar considerablemente de una provincia y/o de una comunidad a otra.

Durante los años noventa, nueve de las diez provincias y uno de los tres territorios reestructuraron la prestación sanitaria a través de la creación de las Autoridades Regionales de Salud. La provincia de Ontario, con una población de 12 millones de personas (cerca del 38% de la población total de Canadá), fue una excepción; al sólo regionalizar sectores específicos (por ejemplo: algunos servicios como la salud pública y la atención domiciliaria fueron gestionados por organismos regionales descentralizados).

Las Autoridades Regionales de Salud (*Regional Health Authorities*, RHAs) fueron comisionadas como organismos intermediarios entre el gobierno provincial de un lado y las instituciones de salud y los proveedores por otro. El enfoque del mandato sanitario de las Autoridades Regionales de Salud (RHAs) varía entre provincias y territorios, así como la autonomía dada a sus gerentes. Todos ellos incluyen hospitales pero no médicos ni medicamentos. Las provincias varían en cuanto a la extensión y a los subsectores de la sanidad pública, atención sanitaria, servicios de dependencia, y salud mental, que son asignados a las Autoridades Regionales de Salud, asumidos como programas provinciales, o asignados a proveedores privados. Su financiación proviene enteramente de los presupuestos provinciales. A diferencia de los gobiernos municipales y algunas unidades administrativas como los consejos escolares, las RHAs no pueden aumentar sus ingresos con impuestos. La distribución del presupuesto varía según las provincias/regiones: algunas adoptan formulas basadas en la población, teniendo en cuenta varios factores, que incluyen edad/sexo, composición socio-económica de la población y sus necesidades sanitarias, mientras que otras combinan niveles históricos con los planes de negocios asumidos por las RHAs. Las RHAs también varían en la libertad para distribuir los recursos de sus presupuestos asignados; algunos gobiernos provinciales han establecido acuerdos sobre responsabilidades, designando ciertos programas como “protegidos” y restringiendo los límites para su extensión a otras regiones, mientras que otros no.

Los hospitales en Canadá son oficialmente organizaciones sin ánimo de lucro propiedad de organizaciones no gubernamentales y algunas veces de gobiernos municipales. Las Autoridades Regionales de Salud suponen una mayor centralización de los servicios hospitalarios (en vez de descentralización), trasladando el control operacional de organizaciones anteriormente autosuficientes, nominalmente privadas, a consejos de Autoridades Regionales de Salud. Los médicos no fueron incorporados a las reformas regionales y en su mayoría permanecen como trabajadores independientes. Muchos profesionales de la sanidad, incluyendo los médicos, están autorregulados. La mayoría de los médicos están en la práctica privada y son pagados mediante pago por servicio por los planes de seguro sanitario del gobierno provincial. Sin embargo, la mayoría de provincias están intentando impulsar “la reforma de atención primaria” y cambiar la práctica del pago por servicio con los médicos generales. En contraste, el cuidado permanente, la atención domiciliaria, la salud mental, y otros servicios que quedan fuera de la regulación federal, son extensamente cubiertos de forma privada. La salud pública tiende a ser prestada públicamente, con frecuencia por las RHAs o (en Ontario) por unidades locales de salud pública.

### **3. Cuestiones clave en los sistemas de atención sanitaria descentralizados**

#### **3.1. Efectos de la descentralización y re-centralización en los aspectos económicos de sistemas sanitarios**

Se cree que la descentralización puede contener los costes promoviendo programas con objetivos concretos y una mayor financiación por parte de la comunidad. Además, puede extender la cobertura de los programas y aumentar los ingresos de procedencia local (Mills 1990). Se ha visto que la descentralización puede aumentar la eficacia productiva limitando las pérdidas de fondos y de otros recursos (Kolehmainen-Aitken 1999). En este punto la evidencia sugiere que la efectividad del servicio descentralizado depende del diseño de la descentralización y de los acuerdos institucionales que regulan su establecimiento. Entre los resultados negativos se ha resaltado la posibilidad de

generación de costes adicionales debidos a la necesidad de coordinación (European Health Care Reform 1997) o la carencia de capacidad para gestionar la financiación por el personal a nivel local (Mills 1990).

Analizando las dimensiones económicas de la descentralización del sistema sanitario deben tenerse en cuenta las siguientes cuestiones:

- si la descentralización de la gobernabilidad y/o traspaso de estructuras plantea una mayor eficiencia técnica comparada con sistemas sanitarios centralizados;
- si la descentralización aumenta la generación de ingresos locales;
- si genera costes de transacción adicionales debido a la necesidad de coordinación y al fomento de la participación a nivel local;
- si la descentralización conduce a la contención de costes del sistema sanitario a nivel global.

Dada la complejidad de la descentralización y re-centralización es comprensible que haya pocos análisis sobre sus efectos específicos. Por tanto es necesario analizar los efectos de la descentralización desde un enfoque más generalizado de los sistemas sanitarios, de sus reformas. Los efectos de similares fórmulas de descentralización pueden diferir según los diferentes tipos de sistemas sanitarios, por ejemplo: dependiendo de la forma de interacción entre la demanda y la provisión. Esto hace difícil separar los efectos de la política instrumental (de/re-centralización) de los de un cambio en el ámbito cultural, económico y político; así como de los diferentes efectos en las estructuras organizacionales.

Puede afirmarse que la mayor parte del trabajo empírico sobre los efectos económicos de la reforma de sistemas sanitarios en general y la descentralización en particular, ha sido elaborada con pocas referencias explícitas a los costes económicos transaccionales o al sistema fiscal. No obstante, la descentralización no es un instrumento preciso sino un concepto bastante amplio. Dentro de este concepto se encuentra un amplio espectro de modelos, susceptibles de producir diferentes consecuencias en su aplicación a los sistemas sanitarios. Algunos de ellos son los siguientes:

- Número y condición de los agentes a los que es transferido el poder.
- Grado de autonomía financiera de las autoridades locales.
- Relación entre las autoridades locales.
- Tipos de decisiones que son descentralizadas (y aquellas que no).
- Organización y selección de proveedores sanitarios.
- Flexibilidad y tipo de contratos utilizados entre compradores y proveedores.

Desgraciadamente no hay estudios que traten sobre cómo estas diferencias pueden afectar en el ámbito económico de los sistemas sanitarios en países del mismo entorno. Kristiansen et al (2000) concluye que los países Nórdicos dedican similares cantidades de recursos a sus sistemas en forma de participación en el PIB. No obstante, los datos de la OCDE muestran que en 2001, Finlandia, Suecia y Dinamarca gastaron el 63%, 78% y 85%, respectivamente, de lo gastado en Noruega, según medida del PPP\$ (OCDE Datos Sanitarios 2002). Con la excepción de Finlandia las tasas anuales de crecimiento son similares, pero no está claro cual es su relación con el grado y tipo de descentralización. Además de soluciones diferentes, los países también parecen moverse en direcciones opuestas, unos hacia la descentralización y otros hacia la re-centralización.

Debido a la variedad de modelos elegidos y a las dificultades de separar la descentralización de otras medidas políticas, se hace difícil diseñar conclusiones específicas sobre el efecto de la descentralización per se. En todo caso, sí es posible destacar algunos puntos relacionados con los potenciales efectos de las estrategias de descentralización:

En primer lugar, la variedad de modelos de los sistemas fiscales no ha sido analizada con el objetivo de explorar el efecto en diferentes esquemas de financiación, en las diferentes agencias de compras o en las reformas dirigidas a la re-centralización o descentralización. Así es posible comparar esos sistemas en relación a los costes totales pero no es posible verificar si esas diferencias son atribuibles al nivel de descentralización.

La teoría fiscal federalista sugiere que pueden funcionar mejor los sistemas descentralizados, pero las grandes diferencias en la aplicación de sistemas fiscales indican que es necesaria una mayor evidencia.

En segundo lugar, la creación de mercados internos aumentó sustancialmente la eficiencia en el sistema sueco, como lo hizo el cambio del sistema de pagos en el noruego y posiblemente en el sistema italiano. En el caso noruego, sin embargo, la introducción de un sistema abierto de pagos parece haber llevado a un aumento incontrolado de costes. Así, la evidencia nos muestra que los vínculos entre la provisión y la demanda afectan al resultado económico, estando relacionado el control del coste y la eficiencia productiva. Sin embargo, esto es relevante no sólo para el diseño de sistemas de pagos y de contratos de compras de proveedores, sino también para la estructura de la demanda.

### **3.2. Efectos de la descentralización, re-centralización y regionalización en la gestión de sistemas sanitarios**

Los estudios muestran argumentos contradictorios en cuanto a los efectos de la descentralización en el ámbito de la gestión de los sistemas sanitarios. Por ejemplo, se ha dicho que la descentralización debería reducir la duplicidad de servicios al estar más definidos los objetivos de población y debería producir una integración de actividades tanto entre las diferentes agencias públicas o privadas, como entre las públicas (Mills 1990). Pero por otra parte también se tuvo conocimiento de que en Noruega, debido a la descentralización, se produjo una duplicidad de servicios y un problema simultáneo de sobrecapacidad y listas de espera. Además, se observó que la descentralización puede dañar las economías de escala y pueden desaprovecharse tanto los especialistas como el material sanitario.

En relación con la descentralización de la sanidad y los efectos en su gestión, es importante valorar los cambios en la gestión del sector público como resultado de estrategias de descentralización. Además es esencial analizar la importancia del factor de los recursos humanos en la descentralización y profundizar en las necesidades de entrenamiento del personal del sector cuando la descentralización se desarrolla.

Entre otros, deberían incluirse en el debate sobre los efectos de la descentralización en el ámbito de la gestión los temas siguientes:

- suficiencia de los recursos de los organismos descentralizados en términos de personal, recursos financieros y autonomía para poder llevar a cabo las funciones necesarias;
- dinámica de la movilidad del personal sanitario y de los pacientes a través de unidades descentralizadas;

- mejora de la gestión a nivel local como resultado de la descentralización y
- riesgo de aumentar los costes administrativos.

Durante la década de los 80 las reformas sanitarias en muchos países resaltaron la descentralización como un medio para aumentar la productividad y mejorar la satisfacción del paciente. Sin embargo a comienzos de los 90 la gestión pública ha sido crecientemente cuestionada y en algunos países las reformas sanitarias se han establecido como un proceso de descentralización que reemplazaría los poderes públicos por mecanismos contractuales basados en la economía de mercado. A este respecto, el fracaso burocrático del sistema público sanitario, real o percibido, ha sido utilizado para introducir políticas más orientadas al mercado (Enthoven 1988; Saltman y von Otter 1995).

Sin embargo, desde finales de los 90 el fracaso burocrático en las organizaciones sanitarias ha sido eclipsado en algunos países por la preocupación por la fragmentación y la ineficiencia que la competitividad del mercado y la gestión contractual han acarreado. Como consecuencia, se han introducido más convenios integradores organizacionales, que han sido descritos en la literatura sobre relaciones inter-organizacionales (Powell 1990; Alter and Hage 1993).

El desarrollo de sistemas sanitarios en Suecia, Noruega, España, Francia y Canadá refleja el diferente desarrollo social, económico y político de estos países. El sistema sanitario en España ha pasado de un sistema de aseguramiento Bismarck a un sistema fiscal de financiación Beveridge. El sistema sanitario francés parece moverse en la misma dirección. Los países nórdicos han tenido el sistema Beveridge como sistema sanitario mucho antes que Lord Beveridge, pero se han visto obligados a realizar más cambios y elaborar alternativas. El sistema canadiense está basado en la financiación pública como el sistema Beveridge aunque con proveedores de servicios sanitarios privados. En todos estos países ha habido un desarrollo hacia una creciente descentralización aunque ha tomado formas diferentes y ha tenido efectos en la gestión diferentes.

Ha habido efectos diferentes de gestión tanto en la descentralización como en la re-centralización y regionalización en los diferentes países. En Suecia ha habido un aumento de la burocratización a nivel institucional al tiempo que los servicios sanitarios descentralizados han sido concentrados en autoridades de grandes distritos. Esta burocratización se ha incrementado posteriormente con la introducción de mercados internos en algunos de los consejos territoriales. Las relaciones contractuales entre los compradores y los proveedores han aumentado los costes de transacción que se han sumado a los costes administrativos ya existentes de los consejos territoriales. La cuestión es si estos costes de transacción han sido compensados por el aumento de la eficiencia en la gestión y la entrega de los servicios sanitarios. Hay opiniones diferentes al respecto pero pocas evidencias para poder contestar esta pregunta.

Hay aumentos similares en los costes administrativos en España, principalmente como reflejo de mecanismos contractuales empleados a nivel regional. No obstante, al mismo tiempo hay también algunos indicadores de aumento de la eficacia debido a la aplicación de métodos más modernos en la gestión contractual. En Francia, los costes administrativos se han incrementado en el seguro de enfermedad, lo que puede deberse a los costes de transacción en conexión con la facturación y el control del sistema de reembolso. No está claro cuáles serán los efectos del proceso actual de regionalización en el sistema sanitario francés pero sí es clara la necesidad urgente de recortar costes administrativos y otros costes. En Canadá existe la percepción general de que los costes

administrativos han aumentado con las reformas de la regionalización, pero podrían decrecer cuando hospitales y otros órganos institucionales hayan sido transferidos a las autoridades regionales sanitarias. En Noruega están esperando el mismo descenso en costes administrativos cuando las empresas regionales sanitarias hayan asumido funciones de los consejos territoriales.

En Suecia, Noruega, España, Francia y Canadá ha habido una intensa preparación y desarrollo de los gestores en relación con la descentralización de la autoridad y de diferentes responsabilidades de la administración, financiación y provisión de servicios sanitarios. Los efectos en la gestión y en la eficacia no se aprecian todavía. Sin embargo, hay indicios de la mejora en la coordinación e integración entre el sistema sanitario y otros sectores de la sociedad. En Suecia hay varios proyectos de colaboración y en Noruega hay una larga tradición de cooperación estrecha entre la atención primaria y el servicio social. Estos son ejemplos de integración horizontal en forma de interconexiones o asociaciones entre instituciones diferentes. En España las relaciones entre la atención sanitaria y otros sectores se han beneficiado claramente desde la devolución a las comunidades autónomas y en Francia la colaboración intersectorial ha sido reforzada por las reformas de regionalización. En ambos países la regionalización ha producido más una integración horizontal de la sanidad y de los servicios conexos que una integración vertical. En Canadá la regionalización ha llevado a una mejor coordinación entre los servicios institucionales y los comunitarios, pero principalmente a través de un proceso de integración vertical y centralización.

Aunque puede ser relativamente fácil describir y analizar los cambios en diferentes ámbitos de la gestión, es casi imposible conocer qué cambios son efectos de la descentralización, re-centralización y regionalización, que pudiesen identificarse y separarse de los efectos producidos por otros cambios en los diferentes sistemas sanitarios.

### **3.3. Información para estrategias de descentralización**

La información es el tema clave en el proceso de descentralización. En un contexto dinámico las estructuras descentralizadas ofrecen un gran potencial para la generación de nueva información, aprendizaje y adaptación en lo relativo a la organización y prestación de servicios sanitarios (Hurley et al. 1995). Los gobiernos locales están mejor capacitados para verificar las diferencias entre las jurisdicciones regionales y para reaccionar ante las asimetrías en la información a nivel regional y nacional (McLure 1995).

Entre los temas a debate sobre la importancia de la información en la descentralización de la sanidad se encuentra la responsabilidad en la recopilación, la integración de la información y la gestión del proceso, la estandarización de datos entre regiones con propósitos comparativos, las necesidades y usos de información en sistemas sanitarios descentralizados; el tipo de información recogida y difundida a nivel central y local, y el aseguramiento del equilibrio entre la información específica regional y la información estandarizada interregional y comunitaria.

La información comparativa tiene tres funciones superpuestas: gestión, investigación y control. Estas funciones son importantes a cualquier nivel de descentralización. El sistema sanitario descentralizado ofrece retos especiales para la estrategia informativa, particularmente en los campos de la regulación y gestión. El propósito de la descentralización es acercar la organización y el control del sistema sanitario a toda la población local, aprovechando el conocimiento local. Ello aconseja la libertad local para

elegir qué información debe ser recopilada y cómo debe ser difundida. Paradójicamente un pacto de desarrollo clínico, gestión y debate democrático entre esas localidades requiere una información de alta calidad para funcionar de manera eficaz. Un error en el suministro de dicha información puede ser un efecto negativo grave de una descentralización pobremente estimada. Por tanto, junto a la descentralización de la organización de servicios y del control democrático, hay una necesidad clara de coordinación central de los recursos de información.

La información comparativa es un bien público y parece además que es una necesidad para la coordinación central y la gobernabilidad así como para una política coste-efectiva.

En el contexto de la descentralización, los objetivos importantes específicos de esa coordinación son:

- apoyar las directrices reguladoras centrales mantenidas en el ámbito central;
- apoyar la toma de decisiones en el ámbito local;
- facilitar la evaluación de innovaciones locales;
- posibilitar a los ciudadanos el suministro de información sobre los servicios locales.

En la práctica, los requisitos específicos sobre información establecidos por el gobierno central, pueden ser interpretados como una expresión de poder en su relación con las localidades. Podría plantearse por tanto la necesidad de delegar las especificaciones de dichos requisitos en una organización independiente del gobierno. El contenido preciso, la especificación y la presentación del sistema de información conllevarán implícitamente juicios de valor sobre lo que es importante, con implicaciones de naturaleza democrática y gestora entre las localidades. En definitiva, es necesario asegurar que las especificaciones sobre información no supongan una indebida ingerencia en las preferencias locales. Además, las capacidades tecnológicas de información, las prácticas clínicas y las preocupaciones populares cambian con el tiempo, así que será importante asegurar que el sistema de información se adapta para abarcar las nuevas circunstancias. Impulsar unos mecanismos que contengan estas consideraciones parece ser uno de los retos.

Ahora que muchos sistemas tienen en estado embrionario los sistemas de información sanitaria, está aumentando el interés por la interpretación de la información, en forma de análisis epidemiológico, estadístico y económico. A menudo se lleva a cabo en forma de ajustes de riesgos, que buscan tener en cuenta las variaciones en los medios en los que los proveedores ó los servicios de salud deben operar, variaciones en “case-mix” y variaciones en los recursos. Esto es a menudo un esfuerzo discutible y técnicamente complicado. Aunque existen beneficios claros para que ello sea una función del gobierno nacional, sería probablemente mejor asumido por una agencia independiente de cualquier gobierno. Canadá (en la forma de CIHI, *Canadian Information Health Institute*) ha hecho de la función analítica una prioridad particularmente alta.

Con carácter general, la cuestión básica en política informativa es que los datos sean precisos y confiables. En un marco descentralizado la información sirve a menudo como fuente fundamental para determinadas transferencias financieras, promoviendo la comparación y la responsabilidad; e informando las opiniones de los pacientes, votantes y accionistas. Todavía muchos sistemas de información son vulnerables a la distorsión y manipulación, y por tanto ahí emerge la importante cuestión de cómo asegurar su credibilidad.

La experiencia muestra que –aunque la mayoría de países de la OCDE conocen la necesidad de una información estratégica- están en diferentes estados de desarrollo y

puesta en marcha, y se ha prestado poca atención al vínculo crucial entre descentralización y requisitos de información. Varios países han intentado elaborar un marco conceptual en el que pueda operar la implantación de medidas. El desarrollo de dicho marco conceptual refleja una filosofía “de arriba abajo”, de búsqueda de orden conceptual en un sistema complejo, para poder asegurar que el sistema sanitario esté claramente definido, que sus objetivos sean explícitos; que los sistemas de información estén elaborados con un análisis racional claro; y que no sean ignorados otros aspectos infravalorados del sistema sanitario. La descentralización puede servir como un mecanismo importante para acordar estándares de información comunes.

Sin embargo, existen tensiones en el tratamiento de la información entre el punto de vista “de arriba abajo” y el más desarrollado y profesional “de abajo arriba”. Es recomendable aplicar ambos principios a las estrategias de información. El acercamiento “de arriba abajo” es necesario para asegurar que los aspectos relevantes del comportamiento del sistema se miden bien y con uniformidad, es particularmente importante para decisiones estratégicas como las preferencias de los votantes, preferencias normativas y preferencias en las decisiones de gestión de compras. Pero desafortunadamente es poco útil como apoyo detallado de los procesos clínicos. Por contra, el enfoque “de abajo arriba” es necesario cuando la información tiene relación directa con el personal sanitario y con sus pacientes. Pero desafortunadamente tampoco parece ser útil en materias ajenas a dicho personal, tal como la utilización de recursos, desigualdades, investigación y salud de la población.

Los estudios teóricos muestran una gran ambigüedad en cuanto al nivel apropiado de descentralización y sus vínculos con la información estratégica. Sólo con apropiada investigación aplicada a esta materia sería posible empezar a proporcionar a los políticos las evidencias necesarias para tomar decisiones fundamentadas.

### **3.4. Efectos de la descentralización y re-centralización en equidad en sistemas sanitarios**

El punto crítico de la descentralización debe ser cómo se equilibran los intereses locales bajo un criterio equitativo (Atkinson 1995). La Devolución en el Reino Unido ha sido en gran medida una respuesta a las antiguas desigualdades en el país (Leys 1999; Pollock 1999). La experiencia en Finlandia muestra que para asegurar la igualdad en el proceso de descentralización debe tenerse en cuenta el campo de acción y los medios de los servicios financieros (Koivusalo 1999). Se ha demostrado que la equidad de acceso entre las regiones puede ser garantizada por el uso de fórmulas que ajusten por las variaciones en los ingresos locales ó por sus necesidades sanitarias (Diderichsen et al. 1997; Diderichsen 1999).

Para analizar la equidad en sistemas sanitarios descentralizados es importante incluir cuestiones como: la evaluación de las condiciones para mantener la igualdad entre las regiones descentralizadas, la disponibilidad de instituciones para promover políticas de igualdad y la valoración del impacto de la financiación en los sistemas sanitarios descentralizados.

Las desigualdades pueden acontecer si a los gobiernos locales les son atribuidas más responsabilidades de suministro y financiación que los recursos de los que disponen, de tal forma que deban poner énfasis en los recursos locales a través de una financiación más regresiva, creando presiones sobre los usuarios y el coste de los servicios. También

puede ayudar a extender las desigualdades el contexto en el cual la subvenciones entre las regiones se efectúan en base a las características de la población, otorgando libertad política a los gobiernos locales en el ámbito financiero, tal como la imposición de tarifas y, por ejemplo, la posibilidad de acceso inmediato a los servicios mediante acuerdos de pago compartido o mediante subsidios para el uso de la atención privada.

En general, el impacto de la descentralización sobre la equidad es complejo y depende del conjunto de preferencias políticas y del contexto político. En un mundo real con diferencias de riqueza, de áreas geográficas y de salud hay una necesidad de mantener fondos de garantía ó de cohesión entre los grupos de población y las áreas geográficas. Además, se debería tener cuidado en asegurar que la descentralización no tuviese impactos negativos en los diferentes niveles de atención sanitaria (por ejemplo: servicios primarios y preventivos versus cuidado hospitalario), o en relación a enfermedades concretas y problemas de salud (por ejemplo, la salud mental). Además de la financiación, la descentralización de la administración también puede resultar problemática si las subvenciones de financiación a través de las áreas geográficas no se efectúan con un destino preciso a la atención sanitaria. Mientras se piensa que en general la descentralización aumenta la equidad, existen pocas pruebas de ello. Por el contrario, al aumentar la autonomía aumentan las desigualdades. Esto puede ser corregido variando los niveles de regulación de la re-centralización, estableciendo estándares, criterios de trabajo y fondos de garantía ó cohesión entre áreas geográficas y grupos de población. Sin embargo, esto también significa una limitación en el alcance de autonomía, e implica que, si interesa la equidad en los servicios sanitarios, la descentralización necesita ser complementada por la re-centralización y debe mejorarse la coordinación de las actividades.

En un mundo globalizado en el que los derechos y las normas reguladoras comerciales se están centralizando cada vez más, es difícil prever que la descentralización de responsabilidades sociales pueda establecerse sin afectar a la equidad. Esto implica la necesidad de reforzar localmente los derechos sociales de los ciudadanos tanto como sus derechos como usuarios y consumidores de servicios en los ámbitos local, nacional y global. El creciente marco regulador internacional del comercio puede influir en el ámbito y la forma en que los principios reguladores son aplicados a nivel nacional, regional y local para mantener la equidad, especialmente cuando los servicios sanitarios son prestados de forma conjunta por instituciones públicas y privadas. También será importante para la sostenibilidad de los recursos, la contención de costes y el control de calidad de temas concretos como los farmacéuticos y la tecnología sanitaria. Los aspectos de equidad en la descentralización implican pues la necesidad de asegurar que, tanto los recursos como las capacidades para gestionar y disponer de los fondos de garantía ó cohesión se mantengan no sólo a nivel nacional y regional, sino también a niveles regionales globales, donde las medidas reguladoras de la economía y el comercio se están imponiendo.

La descentralización de sistemas sanitarios tiende a ser parte de la política pública general. La descentralización tendrá distintas implicaciones en la equidad dependiendo de las preferencias de la política general. Esto significa en la práctica que los efectos de la descentralización y la re-centralización en el ámbito de la equidad están fuertemente relacionados con el contexto en el cual se sitúa y con las políticas globales respecto a la equidad social, y en particular a la equidad en salud.

## Conclusiones

El debate alrededor de la descentralización sanitaria aporta más preguntas que respuestas, pero esto no ha impedido a muchos países la adopción de esta herramienta política para abordar las necesidades sanitarias.

Varios argumentos pueden servir para explicar la popularidad de la descentralización del sistema sanitario. Primero, el atractivo de la descentralización tanto en países industrializados como en transición se apoya en la creencia de que puede alcanzar objetivos múltiples y es capaz de abordar simultáneamente varias cuestiones políticas importantes. Se cree que la descentralización aumenta la eficiencia, la equidad, la responsabilidad, la democracia local y la innovación sin necesidad de pérdida de control del gobierno central. Mientras los países industrializados se dirigen hacia la eficiencia, el argumento democrático es más importante para los países en transición. Segundo, la descentralización implica la utilización de diversos instrumentos y conceptos como privatización, nueva gestión pública, federalismo fiscal, participación pública, etc. Esta diversidad permite a los políticos mayor flexibilidad para aplicar las herramientas según sus necesidades y preferencias.

Otro tema importante en el debate sobre la descentralización es la falta de evidencias sobre los efectos esperados. Al menos dos factores determinan la falta de evidencia empírica sobre los resultados de la descentralización sanitaria. Primero, la falta de evidencia empírica es debida tanto a la complejidad de esta herramienta política como a las incertidumbres sistémicas e individuales dentro del sistema sanitario. La complejidad consiste en los retos para diseñar e implantar esta herramienta política. El diseño puede conllevar diversas estructuras, estrategias y grados de descentralización, mientras que el proceso de implantación está afectado por numerosos factores, incluyendo el contexto del país donde tiene lugar la descentralización. Segundo, los análisis de la descentralización se enfrentan a problemas metodológicos importantes que dificultan la investigación de la incorporación y resultados de la descentralización. El análisis de la descentralización requiere un acercamiento multidisciplinar pero hay acuerdo en la falta de indicadores para llevar a cabo dicho análisis.

A pesar de los retos existentes, los países han ido implementando la descentralización de los sistemas sanitarios. Los países optan por diversos tipos y grados de descentralización dependiendo de su historia, su desarrollo social y económico así como de las necesidades del sistema sanitario. La descripción de sistemas sanitarios descentralizados de países seleccionados en Europa y Canadá proporcionados en este capítulo ilustra su complejidad y diversidad. Esto implica que la descentralización es un proceso muy dinámico y que los países están constantemente buscando un equilibrio organizacional de sus sistemas sanitarios para poder ajustarlo a sus necesidades del modo más eficiente. Por tanto, los políticos deben evaluar el modelo más apropiado para la descentralización sanitaria en sus países y pensar a fondo sobre su proceso de implementación. Es necesario prestar una atención especial a los factores contextuales para la planificación y evaluación de la descentralización de los servicios sanitarios.

## **Agradecimientos**

Los temas claves seleccionados para este capítulo sobre la descentralización de los sistemas sanitarios, se encuentran expuestos más extensamente en el libro “*La Descentralización de la Salud: Estrategias y Resultados*” del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias (*Decentralization in health care: strategies and outcomes by European Observatory on Health Systems and Policies (forthcoming 2006)*).

Nuestro agradecimiento a los siguientes autores: Jon Magnussen, Fabrizio Tediosi, Péter Mihályi, Runo Axelsson, Greg P. Marchildon, Jose R. Repullo, Peter C. Smith, Unto Hakkinen, Meri Koivusalo, Kaspar Wyss and Paula Santana.

## Bibliografía

- Alter, C. and Hage, J. (1993), *Organizations Working Together: Coordination in Interorganizational Networks*. Newbury Park, CA: Sage.
- Atkinson, S. (1995) Restructuring health care: tracking the decentralization debate. *Progress in Human Geography*, 19: 486-503.
- Audit Commission (2004), *Information and Data Quality in the NHS*. London: The Stationery Office.
- Bach, S. (2000), Decentralization and privatisation in municipal services: the case of health services. Sectoral activities program. *Working paper. International Labour Office*. Geneva.
- Bjorkman, JW. (1985), Who governs the health sector? Comparative European and American experiences with representation, participation, and decentralization. *Comparative politics*, 399-420.
- Black A. (2002), Reconfiguring health systems. *BMJ*; 325: 1290-3.
- Borgenhammar, E. (1993), *At varda Liv: Organisation, Etik, Kvalitet (Looking after Life: organization, ethics, quality)*. Stockholm: SNS Forlag.
- Bossert, Th. (1998), Analysing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc Sci Med*; 47: 1513-27.
- Bovens, M, Hart P. (1996), *Understanding policy fiascos*. Transaction Publishers. New Brunswick and London.
- Collins, Ch., Green A. (1994), Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *Intern J Hlth Services*, 24: 459 - 75.
- Culyer, A. (2001), Equity - some theory and its policy implications, *J Medical Ethics*, 27: 275-283.
- Diderichsen, F. (1999) Devolution in Swedish health care. *BMJ*; 318: 1156-57.
- Diderichsen F, Varde E, Whitehead M. (1997) Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *BMJ*; 315: 875-78.
- Enthoven, A. (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care*. Amsterdam: Elsevier.
- European Health care reform. (1997), Analysis of current strategies. WHO Europe regional office.
- Gonzalez-Block, M, Leyva R, Zapata O, Loewe R, Alagón J. (1989). Health services decentralization in México: formulation, implementation and results of policy. *Health policy and planning*, 4: 301-15.
- Health care in transition: Belgium. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2000.
- Health care in transition: Denmark. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2001.
- Health care in transition: Italy. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2001.
- Hood, C. (1991), A public management for all seasons? *Public administration*, 69: 3-19.
- Hurley, J. (2001), Ethics, economics, and public financing of health care, *Journal of Medical Ethics*, 27: 234-9.

- Hurly, J, Birch, S, Eyles, J. (1995), Geographically – decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency. *Soc Sci Med*; 41: 3-11.
- Kolehmainen-Aitken, R. (1999), *Myths and realities about the decentralization of health system*. MSH. Boston.
- Kristiansen, I.S. and Møller-Pedersen, K. (2000) Helsevesenet i de Nordiske land – er likhetene større enn ulikhetene? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120: 2023-2029.
- McLure, Ch. Jr. (1995) Comment on 'The dangers of decentralization' by Prud'homme. *The World Bank Research Observer*, 10: 221-26.
- Leys, C. The NHS after devolution (1999) Will have an even sharper focus on health inequalities. *BMJ*; 318: 1155 - 56.
- Mills, A, Vaughan PJ, Smith DL, Tabibzadeh I., (eds.) (1990), Health system decentralization. Concepts, issues and country experience. WHO, Geneva.
- Mills, A. (1994), Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices. *Public administration and development*, 14: 281-92.
- Mossialos, E, Dixon, A, Figueras J, Kutzin J., (eds.) (2002), Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. Open University Press.
- Newhouse, JP. (1996), Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection, *J Economic literature* 34, September, 1236-63.
- Oates, WE. (1999), An essay on fiscal federalism, *J Economic Literature*, 37: 1120-1149.
- Pierson, P. (1994), *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pollock, AM. (1999), Devolution and health: challenges for Scotland and Wales. *BMJ*; 318: 1195-8.
- Powell, WW. (1990), Neither Market nor Hierarchy: Network Forms of Organization *Research Organizational Behavior*, 12: 67-87.
- Rondinelli, D, Iacona, M. (1996) Policies and Institutions for Managing Privatization, Geneva : International Labour Organization.
- Rondinelli, D. et al. (1983), Decentralization in developing countries. Washington DC, World Bank, (Staff working paper 581).
- Rondinelli, D. (1981), Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries. *Intern review administrative sciences*, 47:133-45.
- Saltman, RB, Busse, R, Mossialos, E., eds. (2002), Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. European Observatory on Health Care Systems. Open University Press.
- Saltman, RB, de Roo AA. (1989), Hospital policy in The Netherlands: the parameters of structural stalemate. *J Health Polit Policy Law*; 14: 773-95.
- Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. (1998), Critical challenges for health care reform in Europe. Open University Press.
- Saltman, RB, and von Otter, C. (eds.) (1995), *Implementing Planned Markets in Health Care*. Buckingham: Open University Press.

Segall, M. (2000) From cooperation to competition in national health systems – and back? Impact on professional ethics and quality of care, *Int J Health Plann Manage*; 15: 61-79.

The World Bank. (1997), The state in a changing world. World development report. Washington D.C., World Bank.

Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E. (1993), Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions, in E. van Doorslaer, A. Wagstaff, F. Rutten (eds) *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*. European Community Health Services Research Series No 8. Oxford: Oxford University Press.

Whitehead, M., Gustafsson, R.Å. and Diderichsen, F. (1997), Why is Sweden Rethinking its NHS-style Reforms? *British Medical Journal*, 315: 935-9.