La descentralización de los servicios sanitarios desde la perspectiva de la teoría del federalismo fiscal*

Dolores Jiménez Rubio

Departamento de Economía, Universidad de York y Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Granada

Resumen

Pese a que un gran número de países ha descentralizado las competencias sanitarias a los niveles de gobierno locales, existe un escaso conocimiento a cerca del impacto de estas reformas sobre los resultados en la salud o en los servicios sanitarios. Hasta ahora la mayor parte de la literatura se ha centrado en el estudio de los efectos de la descentralización desde una perspectiva teórica. Sin embargo, en ausencia de análisis cuantitativos sobre la magnitud del efecto de la descentralización, la evidencia sobre sus ventajas y limitaciones para los servicios de salud es insuficiente. El objetivo básico de este artículo es evaluar si la hipótesis de la literatura del federalismo fiscal según la cual la descentralización de responsabilidades en el ámbito sanitario podría generar ganancias en términos de la salud poblacional se ha corroborado en los escasos estudios empíricos existentes sobre esta cuestión. Los resultados de los estudios analizados confirman, en general, los argumentos teóricos a favor de la descentralización. El artículo concluye con algunas reflexiones sobre los retos fundamentales a los que se enfrenta la investigación futura en este área.

Palabras clave: Descentralización, servicios sanitarios, Federalismo Fiscal Clasificación JEL: 112; H77

Abstract

While many countries worldwide are increasingly devolving responsibilities for their health care systems to the local level, there is insufficient evidence about the potential impact of such reforms. To date most of the literature on this topic concentrates on the effects of decentralisation from a theoretical perspective. However, in the absence of quantitative measures of the magnitude of the effect of decentralisation, there is little evidence on its benefits and costs for the health sector. The main purpose of this article is to evaluate whether the fiscal federalism hypothesis that more decentralisation would be followed by improvements in population health is corroborated by the limited empirical literature. The empirical literature reviewed in this paper confirms, in general, the theoretical arguments for decentralised health care. The paper concludes by discussing the major challenges faced by the future research on this area.

Key words: Decentralisation, health services, Fiscal Federalism **JEL Classification:** 112, H77

^{*} Me gustaría agradecer los comentarios y sugerencias de Peter C. Smith, Nigel Rice y Juan Cabasés Hita, así como la generosa ayuda financiera prestada por la Fundación Ramón Areces.

1. Introducción

Las reformas de descentralización fiscal ¹ están produciendo una continua reestructuración del sector público en numerosos países. Por un lado, se pueden apreciar importantes tendencias descentralizadoras en una gran variedad de países industrializados. En EEUU, por ejemplo, la responsabilidad de un buen número de programas sociales se ha delegado a los estados ²; en el Reino Unido, los movimientos descentralizadores han culminado con la creación de los Parlamentos de Escocia y Gales; y en España e Italia, entre otros países, las competencias fiscales de las autoridades regionales y locales han aumentado en los últimos años. La teoría del federalismo fiscal, la literatura económica sobre descentralización, ha identificado una serie de ventajas que han promovido estas reformas (Oates, 1999). Por otro lado, existe un creciente interés por las políticas de descentralización en los países en vías de desarrollo. En este caso, la descentralización se considera como una alternativa a las políticas de planificación centralizada que han fracasado en su intento de lograr un crecimiento económico continuado en estos países (Akin *et al*, 2005).

Según la teoría tradicional del federalismo fiscal, la descentralización, al permitir la provisión de bienes y servicios públicos «locales» en función de las necesidades y/o deseos de los ciudadanos, y una mayor experimentación e innovación en la producción de esos bienes y servicios, podría incrementar la eficiencia tanto asignativa como productiva (Oates, 1972). Sin embargo, este principio es muy general, puesto que la consideración de un bien o servicio como «local» puede variar en diferentes contextos. En el sector sanitario, no existe evidencia suficiente que indique cuál es el nivel más eficiente para la provisión de los servicios sanitarios. Pese a ello, numerosos países han implementado recientemente reformas de descentralización sanitaria. Así, en EEUU, Medicaid es uno de los programas para los que se han delegado importantes competencias de carácter federal a los estados³; en el Reino Unido los servicios sanitarios son una de las responsabilidades básicas de los recientemente creados Parlamentos de Escocia y Gales; en España e Italia, se han visto incrementadas en los últimos años la autonomía fiscal y legislativa de las autoridades locales en el área de sanidad. En los países en desarrollo, por otro lado, la creciente descentralización sanitaria ha sido impulsada por la importancia concedida a la promoción de los servicios de atención primaria en estos países por organi-

¹ En este estudio descentralización es sinónimo de devolución porque el interés radica en el impacto de la descentralización política. La devolución es una reforma política que busca promover la autonomía de decisión de los niveles de gobierno sub nacionales. Véase HUNTER *et al.* (1998, p.311-3) para una descripción detallada de los diferentes tipos de descentralización: deconcentración, delegación y devolución.

² En 1996 se aprobaron varias medidas en EEUU que sustituyeron una serie de transferencias condicionadas proporcionales a los costes de provisión de los estados para varios programas sociales por un sistema de transferencias en bloque con pocas restricciones.

Medicaid es la agencia de seguros sanitarios para los individuos de bajos ingresos en EEUU.

zaciones internacionales no lucrativas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o UNICEF 4 (Akin et al. 2005).

En el otro extremo se encuentran países como Portugal, que ha sido tradicionalmente un país muy centralizado, o Noruega, cuya legislación de 2002 transfirió las competencias en materia de hospitales de los gobiernos locales al gobierno central (OMS, 2005). E incluso en países federales como Australia o Canadá, el gobierno central a menudo preserva considerables competencias en materia de regulación y supervisión (Lazar et al., 2002). El nivel más apropiado para la provisión de los servicios sanitarios es una importante cuestión pendiente en la agenda de investigación de la Economía de la Salud. A pesar de ello, se ha prestado muy poca atención al análisis del impacto de la descentralización de los servicios sanitarios. Dado que en numerosas ocasiones la descentralización viene motivada por razones de tipo político, buena parte de la literatura se ha limitado a enfatizar las ventajas de la provisión sub nacional de bienes y servicios y sus posibles limitaciones (Banco Mundial, 2005).

El objetivo de este artículo es contribuir al debate económico sobre el nivel más apropiado de descentralización sanitaria mediante el análisis de la teoría y la evidencia disponible a cerca del efecto de la descentralización en los servicios sanitarios. La próxima sección presenta en líneas generales la literatura del federalismo fiscal sobre descentralización y sus implicaciones para los servicios sanitarios. La tercera sección explora los estudios que han analizado el efecto de la descentralización sobre los servicios de salud. Por último, la sección cuarta analiza los problemas principales a los que se enfrenta la investigación en este campo y ofrece algunas sugerencias para futuros estudios.

La literatura del federalismo fiscal: implicaciones para los servicios sanitarios

De forma paralela al debate sobre las consecuencias de la descentralización se ha generado un considerable volumen de literatura económica bajo la denominación de literatura del federalismo fiscal. Una de las piezas claves de esta doctrina se conoce como Teorema de la Descentralización (Oates, 1972). Según este teorema, dado que las preferencias y costes de provisión de un bien público local tienden a variar entre jurisdicciones, la descentralización podría incrementar el bienestar económico de la sociedad en su conjunto. Ello se debe a que los gobiernos sub nacionales tienen acceso a mejor información sobre las circunstancias locales que las autoridades centrales, y pueden usar esa información para ajustar los ser-

Documentos de estas instituciones como la Declaración de Atención Primaria de Alma Ata (1978) o Salud para todos en el año 2000 (1981) han enfatizado la importancia de la atención primaria y el papel de la participación comunitaria en la planificación y provisión de los servicios sanitarios. Autores como COLLINS y GREEN (1994), entre otros, resaltan la incompatibilidad entre la promoción de la atención primaria y los sistemas sanitarios centralizados.

vicios y los costes en función de las necesidades de los ciudadanos. Por el contrario, las estructuras centralizadas de gobierno presentan importantes restricciones informativas y políticas que les impiden proveer un nivel eficiente de un bien o servicio público local. Además, cabe esperar que la descentralización estimule la eficiencia a través del aumento de competencia entre gobiernos locales (Oates, 1972). Al mismo tiempo, la mayor competencia fruto de la descentralización podría generar ganancias de eficiencia productiva como consecuencia de la mayor experimentación e innovación en la producción de bienes y servicios públicos que si la responsabilidad en la provisión de esos bienes y servicios recayese sobre el gobierno central.

La teoría económica nos ofrece unos principios muy generales para decidir cómo asignar responsabilidades de gasto entre distintos niveles de gobierno. En principio, el gobierno central debería hacerse cargo de los bienes públicos nacionales, mientras que los niveles inferiores de gobierno deberían de proveer bienes públicos locales. Sin embargo, en la realidad la mayoría de bienes de provisión pública no se corresponden con exactitud con ninguna de estas categorías, y los límites territoriales son dificiles de especificar. La sanidad ⁵ es un ejemplo de bienes de naturaleza mixta. Además de beneficios individuales, la provisión sanitaria genera importantes externalidades sociales (Ahmad y Craig, 1997). Las políticas de control de enfermedades infecciosas y las políticas medioambientales son ejemplos de políticas sanitarias con importantes efectos externos más allá del área de residencia de un individuo. También, las intervenciones sanitarias públicas a jóvenes benefician a otras áreas donde estos individuos se trasladan más tarde en su vida (Levaggi y Smith, 2005). Muchas otras políticas sanitarias, como la regulación de la higiene alimentaria o de la fluorización del agua, afectan principalmente a las áreas locales.

La existencia de externalidades en sanidad no implica necesariamente la provisión centralizada como una alternativa superior, ya que podrían existir ganancias en términos de bienestar de la provisión descentralizada comparada con un nivel de servicios sanitarios determinado por el gobierno central (Oates, 2005). Además, mediante un sistema de transferencias a los gobiernos locales se puede alcanzar un nivel eficiente de servicios sanitarios para el cual el beneficio marginal para la sociedad en su conjunto de la provisión sanitaria iguale al coste marginal de provisión. Siguiendo la posición del federalismo fiscal el argumento principal a favor de la descentralización de la toma de decisiones en materia sanitaria es que los decisores políticos locales tienen un mayor conocimiento de las necesidades sanitarias de su población y de las condiciones locales que afectan a la producción sanitaria que los decisores políticos nacionales. El Teorema de la Descentralización implica que las ganancias de eficiencia de la delegación de responsabilidades sanitarias por parte del gobierno central podrían generar mejoras en la salud poblacional si la descentrali-

⁵ La provisión sanitaria no es un bien público puro. La prestación sanitaria se caracteriza mejor como un bien público mixto o impuro, ya que en contextos de racionamiento y exceso de demanda, el consumo de servicios sanitarios por un individuo supone un menor consumo para el resto.

zación de los servicios sanitarios permite mejorar la calidad de los inputs sanitarios, y si esos inputs se ajustan a las preferencias y/o necesidades particulares de los individuos.

Existen algunos argumentos económicos a favor de la centralización que son relevantes en el contexto sanitario. Por un lado la intervención del gobierno central se considera necesaria para prevenir la ineficiente asignación de instalaciones como hospitales por parte de decisores políticos locales que tengan por objetivo maximizar el número de votos (Gravelle, 2003). Otro argumento frecuentemente empleado para justificar la intervención de las autoridades centrales en el ámbito sanitario es su mayor ventaja para conseguir contratos más favorables con los proveedores que si varios compradores locales tuviesen que aceptar los precios impuestos por un único proveedor sanitario. Una preocupación adicional relacionada con la provisión sanitaria en un contexto descentralizado es que las autoridades locales, bajo presión para recaudar sus propios ingresos, pueden usar tasas para financiar sus servicios. La intervención del gobierno central es nuevamente fundamental para garantizar que las autoridades locales sean capaces de prestar un nivel similar de servicios sanitarios a los ciudadanos dentro de sus jurisdicciones. Finalmente, a menos que exista un adecuado sistema de transferencias entre áreas de distinto nivel de renta coordinado por el gobierno central, la descentralización podría acentuar las desigualdades sanitarias inter jurisdiccionales.

Evidencia empírica del impacto de la descentralización en los resultados de salud

Hay poca evidencia de que los países con sistemas sanitarios descentralizados tienen mejores resultados sanitarios. Hasta ahora tan sólo un limitado número de estudios ha tratado de examinar el efecto de la descentralización en indicadores sanitarios. Las características más relevantes de estos estudios se detallan en la Tabla 1. Los resultados de los análisis empíricos revisados sugieren que por lo general la descentralización tiene un efecto beneficioso sobre la salud y otros indicadores relacionados con los servicios sanitarios. La mayor parte de los estudios son de países de renta media y baja, y usan la mortalidad infantil como variable de salud y el porcentaje de gasto a cargo de los gobiernos locales como medida de descentralización.

Mahal et al. (2000) usan datos de áreas rurales en India para 1994 con objeto de probar la hipótesis de que la descentralización tiene una influencia positiva en la mortalidad infantil. Como variables proxy de la descentralización Mahal et al. han empleado variables dummy para los estados que han implementado importantes reformas descentralizadoras durante el periodo 1970-94, y la frecuencia de elecciones locales durante el mismo periodo. Mientras que los coeficientes de los estados descentralizados tienen el efecto positivo esperado, la variable frecuencia de elecciones locales es estadísticamente no significativa. El estudio de Asfaw et al. (2004) corrobora los resultados previos para la India rural usando un índice de descentralización fiscal obtenido mediante análisis factorial ⁶ a partir de tres indicadores ⁷ para el periodo 1990-1997. Sus resultados también indican que la efectividad de la descentralización fiscal aumenta con el nivel de descentralización política ⁸.

En el estudio de Robalino *et al.* (2001), se ha usado un panel de datos de países de renta alta y baja para examinar la asociación entre un indicador de descentralización fiscal —la proporción de gasto público a nivel sub nacional sobre el gasto público del gobierno central—, y la mortalidad infantil en el periodo 1970-1995. Tras ajustar el análisis econométrico mediante un conjunto de variables estructurales (PIB per cápita, corrupción, fraccionalización etnolinguística, etc.), uno de los principales resultados de las estimaciones de efectos fijos es que la descentralización parece estar asociada con tasas más bajas de mortalidad infantil. Los resultados también sugieren que el beneficio marginal de la descentralización es mayor para los países de rentas más bajas.

Usando un panel de datos de 29 provincias chinas para el periodo 1980-1993, Yee (2001) examina la relación entre varios indicadores de resultados sanitarios —número de doctores por 10.000 individuos, tasa de mortalidad, camas hospitalarias por 10.000 individuos, y gasto sanitario local—, y varios indicadores de descentralización. Yee ha usado dos indicadores de descentralización fiscal —el porcentaje de gasto público local en el gasto público del gobierno central, y el porcentaje de gasto público local en el gasto público total para todos los niveles de gobierno—, y dos indicadores de descentralización política ⁹. Los resultados de las estimaciones econométricas sugieren que la descentralización fiscal está relacionada con la reducción de las tasas de mortalidad y el aumento del gasto sanitario local.

El estudio de Habibi *et al.* (2001) indica que el porcentaje de ingresos recaudado por el gobierno local en el total de los recursos y la proporción de ingresos recaudados a nivel local en el total de ingresos controlados por los gobiernos locales están inversamente relacionados con las tasas de mortalidad infantil en un conjunto de provincias Argentinas durante el periodo 1970-1994. Además, según los resultados del estudio, durante el periodo de reformas considerado, las disparidades regionales entre las provincias de altos y bajos ingresos se redujeron considerablemente.

⁶ El análisis factorial es una técnica estadística que se usa para resumir un conjunto de variables correlacionadas en un indicador único.

⁷ Estas son: el porcentaje del gasto local (rural) en el gasto regional (nivel de gobierno intermedio), el gasto total de cada área rural, y el porcentaje de ingresos propios en el gasto total local.

⁸ La descentralización política se mide con un índice construido mediante análisis factorial a partir de tres variables: participación electoral total, participación electoral de la mujer, y número de estaciones electorales por elector en cada estado.

⁹ Las medidas de descentralización política son: distancia burocrática –un índice de la proximidad de los políticos locales más representativos a la provincia a su cargo–, y un indicador de descentralización de la industria estatal –la proporción de producción industrial de empresas estatales controladas por el gobierno provincial en la producción industrial total de todas las empresas estatales de la provincia–. Estos indicadores resultaron ser estadísticamente no significativos como determinantes de diversas medidas de resultados sanitarios a lo largo del periodo de estudio.

Khaleghian (2003) examina la asociación entre la descentralización y la tasa de vacunación DPT3 10 y contra el sarampión de niños de un año de edad en 140 países de renta media v baia durante el periodo 1980-97. El principal indicador de descentralización fiscal usado en este estudio es una variable binaria definida como la presencia por parte de los gobiernos locales de capacidad recaudatoria, de gasto y de regulación. Con objeto de verificar los resultados se usaron otros dos indicadores de descentralización: el porcentaje de gasto sub nacional en el total de gasto para todos los niveles de gobierno, y el porcentaje de gasto sanitario en el total de gasto sub nacional. El modelo también incluye varias variables de control (PIB per cápita, tasa de analfabetos, nivel democrático, tensión étnica, etc.). Los resultados sugieren que la descentralización está asociada con tasas más elevadas de vacunas tan sólo en los países de renta baja 11.

Ebel y Yilmaz (2001) han empleado un análisis de intervención 12 para evaluar los resultados de la descentralización en términos de cobertura de inmunización DPT y contra el sarampión de niños menores de un año de edad en seis países en vías de desarrollo (Argentina, Brasil, Colombia, Filipinas, Sudáfrica y Venezuela) durante el periodo 1970-1999. Los resultados de los modelos econométricos de efectos fijos sugieren que la intervención por parte de los gobiernos sub nacionales está asociada con un incremento en el porcentaje de niños vacunados contra el sarampión.

Usando las diez provincias Canadienses como objeto de estudio Jiménez y Smith (2005) han explorado la relación entre un indicador de la descentralización —la proporción de gasto sanitario local en el total de gasto sanitario para todos los niveles de gobierno— y una variable de resultados de salud —la mortalidad infantil—. Los resultados de las estimaciones econométricas de efectos fijos sugieren que la descentralización fiscal en Canadá ha tenido una considerable influencia en la efectividad de las políticas públicas para mejorar la salud poblacional (en términos de mortalidad infantil) durante el periodo de estudio.

Por último, el estudio de Cantarero y Pascual (2006) muestra que la proporción de gasto sanitario local en el total, como proxy de la descentralización sanitaria, está asociada con un incremento en la salud poblacional (una reducción de la mortalidad infantil y un aumento de la esperanza de vida) en los 15 países de la Unión Europea durante el periodo 1990-2003.

Tercera y última vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.

Desde una perspectiva teórica, la descentralización de los servicios de inmunización, servicios con importantes externalidades, se espera que incentive a las jurisdicciones a beneficiarse de los programas de inmunización de sus jurisdicciones más próximas. El resultado podría ser un nivel sub óptimo de servicios de inmunización en el país en su conjunto. En contraposición a estas predicciones, tanto en los estudios de Ebel y Yilmaz como en el de Khalegian, se encontró una asociación positiva entre la descentralización y las coberturas de inmunización en los países estudiados. KHALEGHIAN (2003, p. 27) ha señalado que este resultado podría reflejar «un equilibrio saludable entre la proximidad de las autoridades locales a la comunidad, y la preservación de influencia y autonomía burocrática por parte del gobierno central, esenciales para el correcto funcionamiento de los programas de inmunización».

¹² Un análisis de intervención estudia cómo varía la media de una variable de interés como resultado de una reforma política.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SOBRE EL IMPACTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN **EN LOS SERVICIOS SANITARIOS**

Autor	País/es	Período de estudio	Variable descentralización principal	Variable sanitaria	Efecto descentralización sobre variable sanitaria
Mahal (2000)	India (áreas mrales)	1970-1994	Variables dummy estados descentralizados	Mortalidad infantil	I
141mim (2002)	mena (aroas rararos)	10.10101	Frecuencia de elecciones locales	Mortalidad infantil	No significativo
Asfaw (2004)	India (áreas rurales)	1990-97	Índice de descentralización fiscal (%gasto local en el gasto regional, gasto total de cada área rural, %ingresos propios en el gasto total local)	Mortalidad infantil	I
Robalino et al. (2001)	519-664 países de renta alta y baja	1970-75	Descentralización fiscal (%gasto local en el gasto del gobierno central)	Mortalidad infantil	ı
				Mortalidad	1
			Descentralización fiscal (%gasto local en el gasto del	Gasto sanitario local	+
Yee (2001)	China (provincias)	1980-93	gobiemo central y % gasto local en el total)	Recursos sanitarios (camas por 100.000 hab., doctores por 100.000 hab.)	No significativo.
Habibi (2001)	Argentina (provincia)	1970-94	Descentralización fiscal (% ingresos racaudados a nivel local sobre el total, % ingresos locales en el total de ingresos controlados por los gobiernos locales	Mortalidad infantil	ı
Khaleghian (2003)	140 países de renta media y baja	1980-97	Variables dummy para los países cuyas autoridades locales poseen capacidad recaudatoria, de gasto y de regulación	Cobertura inmunización sarampión y DPT3 para niños menores 1 años	+ (países renta baja) No significativo (países renta media)
Ebel y Yilmaz (2001)	Argentina, Brasil, Colombia, Filipinas, Sudáfrica y Venezuela	1970-99	Variables dummy reformas descentralización	Cobertura inmunización sarampión y DPT para niños menores 1 año	+
Jiménez y Smith (2005)	Canadá (provincias)	1979-95	Descentralización sanitaria fiscal (% gasto sanitario local en el total de gasto sanitario)	Mortalidad infantil	ı
Cantarero y	Países miembros de	1000 2003	Descentralización sanitaria fiscal (% gasto sanitario local	Mortalidad infanil	_
Pascual (2006)	la UE	177072	en el total de gasto sanitario)	Esperanza de vida	+

Nota: — significa que un aumento de la medida de descentralización reduce significativamente la variable sanitaria; + significa que un aumento de la medida de descentralización aumenta significativamente la variable sanitaria. Fuente: Elaboración propia.

4. Discusión

En muchos países (Reino Unido, Italia, España) la política sanitaria se ha situado al frente de las reformas descentralizadoras de los últimos años. A pesar de ello, se sabe poco sobre los efectos de la descentralización en los servicios relacionados con la salud.

Este trabajo ha pretendido informar el debate económico actual sobre descentralización mediante el estudio de las implicaciones de la literatura económica sobre descentralización para el sector sanitario y el análisis de la evidencia empírica disponible hasta la fecha. Según una de las predicciones más importantes de la doctrina del federalismo fiscal, la descentralización permitiría mejorar tanto la eficiencia asignativa como productiva en la provisión de bienes y servicios públicos locales. Para el caso de los servicios sanitarios públicos, tales ganancias de eficiencia se podrían manifestar en una mejora en la calidad y asignación de los recursos sanitarios, y en último término de la salud poblacional.

Los resultados de la mayoría de trabajos empíricos examinados en este artículo sugieren que la descentralización, generalmente medida en términos fiscales como la proporción de gasto o ingresos a cargo de los niveles de gobierno locales, tiene un efecto beneficioso en una serie de medidas de resultados sanitarios, como el porcentaje de niños inmunizados, la tasa de mortalidad o la mortalidad infantil. Estos estudios están sin embargo limitados por la ausencia de datos adecuados para medir la descentralización y los resultados de salud. Por un lado los indicadores de descentralización fiscal pueden reflejar un nivel erróneo de autonomía política real si los gastos o ingresos locales están controlados por el gobierno central (Jiménez y Smith, 2005). Por otro lado las medidas de salud basadas en la mortalidad no reflejan fielmente el nivel de salud intrínseco de una sociedad. Además, la mayoría de los estudios se centran en países de renta media o baja. La evidencia existente es por tanto insuficiente para afirmar que los países con sistemas sanitarios más descentralizados tienen mejores resultados sanitarios.

Hay un largo camino por recorrer en la investigación empírica sobre el impacto de la descentralización en el sector sanitario. Sin embargo, la disponibilidad de datos continuará limitando tanto el número como la solidez de los estudios empíricos al menos en el corto plazo. Una de las prioridades de la futura investigación en este campo es encontrar nuevos y mejores indicadores que sean capaces de hacer frente a las complejidades en la medición de las variables de la descentralización y de la salud poblacional.

Por un lado, el uso de indicadores de descentralización específicos para los servicios de salud es importante, ya que los países tienden a diferir en los tipos de políticas a cargo de los gobiernos locales (Banco Mundial, 2005). Además, incluso dentro de un mismo país el nivel de autonomía en materia sanitaria también difiere a menudo entre jurisdicciones. Por ejemplo, hasta el año 2002 las competencias sanitarias se habían transferido tan sólo a algunas regiones españolas mientras que en otras la sanidad seguía estando controlada directamente por el gobierno central. Por esta razón los datos de panel que reflejen la variación transversal de las variables de interés dentro de un país, así como su evolución temporal, son los más adecuados en estudios relacionados con la descentralización. Además, un indicador de descentralización adecuado debería de capturar, además de la dimensión fiscal, otras dimensiones de la descentralización importantes como la autonomía política (número de servicios a su cargo, quién determina las condiciones de acceso), o la estructura legal (quién decide los estándares de los servicios sanitarios, o las reglas de formación de los profesionales), aspectos que al menos en la actualidad son difíciles de medir.

En lo que respecta a las variables relacionadas con la salud, la escasez de variables alternativas a las comúnmente usadas variables de mortalidad es especialmente relevante a nivel sub nacional incluso en países muy descentralizados como Canadá. Por ello, las agencias estadísticas de cada país deberían dirigir sus esfuerzos a facilitar indicadores de morbilidad y discapacidad que complementen los datos de mortalidad.

5. Referencias bibliográficas

- [1] AHMAD, E. y CRAIG, J. (1997): «Intergovernmental transfers», en *Fiscal Federalism in Theory and Practice*, editado por Ter-Minassian T., Washington, D.C.
- [2] AKIN, J., HUTCHINSON, P. y STRUMPF, K. (2005): «Decentralization and Government Provision of Public Goods: The Public Health Sector in Uganda», *The Journal of Development Studies*, 41, pp. 1417-1443.
- [3] ASFAW, A., FROHBERG, K., JAMES, K.S. y JUTING, J. (2004): «Modelling the impact of fiscal decentralisation on health outcomes: empirical evidence from India», ZEF Discussion Paper 87, Bonn.
- [4] BANCO MUNDIAL (2005): Página web sobre Descentralización y Sanidad (http://www1.worldbank.org/publicsector/decentralization/)
- [5] CANTARERO PRIETO D. y PASCUAL SAEZ M. (2006): «Decentralisation and health care outcomes: An empirical analysis within the European Union», Documento de Trabajo de FEDEA. Disponible en: http://www.fedea.es/pub/eee220.pdf
- [6] EBEL, R.D. y YILMAZ, S. (2001): «Fiscal Decentralisation: is it happening? How do we know?», artículo preparado para la Conferencia de Hacienda Pública en Países en Desarrollo, Universidad de Georgia.
- [7] GRAVELLE, H. (2003): «A comment on Weale's paper from an economic perspective», en *Equity in health and health care*, The Nuffield Trust, Londres.
- [8] HABIBI, N., HUANG, C., MIRANDA, D., MURILLO, V., RANIS, G., SARKAR, M. y STEWART, F. (2001): «Decentralization in Argentina», Center Discussion Paper No. 825, Economic Growth Centre, Universidad de Yale.
- [9] HUNTER, D.J., VIENONEN, M. y CEZARY, W.W. (1998): «Optimal Balance of Centralized and Decentralized Management» en *Critical challenges for health care reform in Europe*, editado por Saltman R.B., Figueras J. and Sakellarides C, Open University Press, Filadelfia.
- [10] JIMENEZ RUBIO, D. y SMITH, P.C. (2005): "

 "Decentralisation of health care and its impact on health outcomes", Discussion Papers in Economics No. 2005/10, Universidad de York.

- [11] KHALEGHIAN, P. (2003): «Decentralization and Public Services: The Case of Immunization», World Bank Policy Research Working Paper No. 2989, Washington DC.
- [12] LAZAR, H., BANTING, K., BOADWAY, R., CAMERON D. v ST-HILAIRE F. (2002): «Federal-provincial relations and health care: reconstructing the partnership», Commission on the Future of Health Care in Canada, Otawa.
- [13] LEVAGGI, R. y SMITH, P.C. (2005): «Decentralization in health care: lessons from public economics», en Health Policy and Economics, editado por Smith P.C., Ginnelly L. y Sculpher M., Open University Press, Maidenhead.
- [14] MAHAL, A., SRIVASTAVA, V. y SANAN, D. (2000): «Decentralization and its impact on public service provision on health and education sectors; the case of India», en Governance, Decentralization and Reform in China, India and Russia, Kluwer Academic Publishers y ZEF, Londres.
- [15] OATES, W.E. (1972): Fiscal Federalism, Harcourt Brace Jovanovich, Nueva York.
- [16] OATES, W.E. (1999): «An Essay on Fiscal Federalism», Journal of Economic Literature, 37, pp. 1120-1149.
- [17] OATES, W.E. (2005): «Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism», *International Tax and Public Finance*, 12 (4), pp. 349-373.
- [18] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005): Página web del Observatorio Europeo de los Sistemas Sanitarios (http://www.euro.who.int/observatory)
- [19] ROBALINO, D.A., PICAZO, O.F. y VOETBERG, A. (2001): «Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from a cross-country analysis». Policy Research Working Paper 2565, Banco Mundial, Washington DC.
- [20] YEE, E. (2001): "

 "The Effects of Fiscal Decentralisation in China on Health Care", University Avenue Undergraduate Journal of Economics, Universidad de Princeton. Disponible en: http://www.econ.ilstu.edu/uauje/PDF's/issue2001/Yee.pdf