

IEB Report I/2019

Health Economics: Service Provision in Decentralised Healthcare Systems 4

Health Economics: Service Provision in Decentralised Healthcare Systems *Judit Vall Castello*
Healthcare Devolution in Two National Health Systems: Diversity, Innovation and Privatisation
Joan Costa-Font
Decentralisation in Unitary States: Impacts on Inequality in Health Outcomes and Outputs
Gilberto Turati
Decentralisation of Healthcare Systems and Health Outcomes: Evidence from a Natural Experiment
Dolores Jiménez-Rubio and Pilar García-Gómez

Economía de la salud: prestación de servicios en sistemas de salud descentralizados 20

Economía de la salud: prestación de servicios en sistemas de salud descentralizados *Judit Vall Castello*
**La descentralización de la asistencia sanitaria de dos sistemas sanitarios públicos: diversidad,
innovación y privatización** *Joan Costa-Font*
**Descentralización en estados unitarios: impactos sobre la desigualdad en los resultados y productos
sanitarios** *Gilberto Turati*
La descentralización de los sistemas sanitarios y los resultados en salud: evidencia de un experimento natural
Dolores Jiménez-Rubio y Pilar García-Gómez

Economia de la salut: prestació de serveis en sistemes de salut descentralitzats 36

Economia de la salut: prestació de serveis en sistemes de salut descentralitzats *Judit Vall Castello*
**La descentralització de l'assistència sanitària de dos sistemes sanitaris públics: diversitat, innovació i
privatització** *Joan Costa-Font*
Descentralització en estats unitaris: impactes sobre la desigualtat en els resultats i productes sanitaris
Gilberto Turati
La descentralització dels sistemes sanitaris i els resultats en salut: evidència d'un experiment natural
Dolores Jiménez-Rubio i Pilar García-Gómez

Editorial Board: Núria Bosch (Director), Alejandro Esteller-Moré, Pilar Sorribas-Navarro
Coordination and Supervision: Institut d'Economia de Barcelona (IEB)
Design and graphic production: Digital Dosis and EPA Disseny S.L.
Translation: Language Services of the University of Barcelona / Sara Sicart
Legal deposit number: B.- 24280-2013
ISSN: 2339-7292

Consejo de redacción: Núria Bosch (Directora), Alejandro Esteller-Moré, Pilar Sorribas-Navarro
Coordinación y Supervisión: Institut d'Economia de Barcelona (IEB)
Diseño y producción gráfica: Digital Dosis y EPA Disseny S.L.
Traducción: Servicios Lingüísticos de la Universidad de Barcelona / Sara Sicart
Depósito legal: B.- 24280-2013
ISSN: 2339-7292

Consell de redacció: Núria Bosch (Directora), Alejandro Esteller-Moré, Pilar Sorribas-Navarro
Coordinació i Supervisió: Institut d'Economia de Barcelona (IEB)
Disseny i producció gràfica: Digital Dosis i EPA Disseny S.L.
Traducció: Serveis Lingüístics de la Universitat de Barcelona / Sara Sicart
Dipòsit legal: B.- 24280-2013
ISSN: 2339-7292

Institut d'Economia de Barcelona (IEB)

Universitat de Barcelona
Facultat d'Economia i Empresa c/ John M. Keynes, 1-11
08034 Barcelona, Spain
www.ieb.ub.edu

© Institut d'Economia de Barcelona (IEB) / Instituto de Estudios Fiscales (IEF)

IEB Report 1/2019

Health Economics: Service Provision in Decentralised Healthcare Systems

The Barcelona Economics Institute (IEB) is a research centre whose goals are to promote and disseminate work in economics and to contribute to the debate on economic policy decision-making.

The members' research is conducted primarily in the fields of fiscal federalism; urban economics; transport economics and infrastructure; tax system analysis; public policies; and energy sustainability.

Founded in 2001 within the University of Barcelona (UB), and recognised by the Catalan Government, the IEB received a major boost in 2008 with the creation of the IEB Foundation (in which Abertis, Agbar, La Caixa, Naturgy Energy, the Barcelona City Hall, the Barcelona Provincial Council, the University of Barcelona, and the Autonomous University of Barcelona are all active participants). The IEB also hosts the Chair of Energy Sustainability at the UB (funded by the Foundation for Energy and Environmental Sustainability) and the UB's Chair of Smart Cities.

In addition to undertaking academic research, the IEB aims to bring the findings of its work to a wider audience by organizing symposiums and workshops, and by publishing a variety of documents, including an annual Report on Fiscal Federalism and Public Finance. The IEB Report that the reader has in their hands represents a recent initiative to increase the frequency of publication of this Report so that the IEB can respond better to changing economic circumstances.

The opinions expressed in the Report do not reflect the views of the IEB.

For more information www.ieb.ub.edu



Judit Vall Castello
Institut d'Economia de Barcelona (IEB)
Universitat de Barcelona

Health Economics: Service Provision in Decentralised Healthcare Systems

Since the early 1990s, a number of OECD countries have begun decentralising some of their central governments' responsibilities. Various arguments can be put forward in recommendation of the devolution of certain powers on the grounds of increasing efficiency. For example, it is claimed that local governments are likely to have a better awareness of the needs of the citizens within their region and that decentralisation can promote citizen participation and supervision, etc. One of the state competences that has been included in these processes of decentralisation is public health provision.

The objective of this report is to evaluate some of the effects of the decentralisation of public healthcare services and to provide evidence from various countries that have implemented such reforms. Truth be told, there is as yet little evidence of the impact of the devolution of healthcare services, mainly due to the difficulties of establishing a direct link between decentralisation and variables of interest. The decentralisation of a system of such dimensions cannot be implemented immediately and, as a result, is usually a process that takes place over several years. This characteristic adds greater complexity to attempts to identify the causal effects of the process. This report presents three of the most relevant contributions in this relatively unexplored area, from the perspective of health economics.

In the first of the contributions, Joan Costa-Font outlines a framework for describing the theoretical effects that can be expected from the devolution of healthcare services. He specifically focuses his attention on reviewing the literature that has examined these effects on regional diversity, policy innovation and the public/private dichotomy in healthcare provision. To do so, Costa-Font reviews the impacts in two countries, the United Kingdom and Spain, which,

although presenting very different backgrounds and being characterised by different structures, have implemented major devolution processes in their provision of healthcare services. After highlighting the main differences between the two systems, the author provides evidence that devolution has not increased regional inequalities in the functioning of the system in either case; on the contrary, in the Spanish case, he reports a reduction in disparities thanks to the capacity of the new decentralised system to adapt to the citizens' regional preferences (in terms of health service provision) without this having increased inequalities in the functioning of the system between regions. Costa-Font also reports evidence of the fact that decentralisation promotes innovation in healthcare policy in some regions and that these initiatives spread to other regions in the country, resulting in positive effects on innovation at the state level. Finally, but no less important than the previous findings, the author explains that devolution has a positive impact on measures of satisfaction with the national healthcare system, which leads to a reduction in double coverage where private medical insurance is used as a complement to public healthcare.

Gilberto Turati's contribution explores in greater depth the effects of the decentralisation of public health systems on various dimensions of inequality and it does so by comparing the devolution processes implemented in Spain and Italy. The effects are clearly different in these two countries. Thus, in Spain, decentralisation has led to a small increase in inequalities in health spending per capita between the regions, but has reduced inequalities in the quality of the service provided. Meanwhile, in Italy the effects are exactly the opposite. Turati concludes by explaining why the outcomes of devolution should differ from one country to another.

The final contribution to this report is provided by Dolores Jiménez-Rubio and Pilar García-Gómez, who analyse the impact of the decentralisation of Spain's national health service on infant and neonatal mortality rates. The authors show very clearly that decentralisation has led to significant reductions in both mortality rates, although these effects are only present in the (foral) regions that were able to implement full decentralisation. They conclude by discussing some of the mechanisms that could account for these results.

The three contributions present the main results in the literature today on the effects of the decentralisation of public health services, both for the Spanish case and for some of the European countries that have also implemented such a process. As can be seen, the outcomes are not negative and there is evidence of improvements in some areas of healthcare provision. However, more evidence is needed in order to derive more global, generalizable conclusions about the impact of decentralisation in the field of healthcare.



Joan Costa-Font
London School of Economics (LSE)

Healthcare Devolution in Two National Health Systems: Diversity, Innovation and Privatisation

Healthcare is the most common public service responsibility that has been devolved to regional governments in European Union member states (Costa-Font and Greer, 2013). Healthcare is a publicly financed package allocated to subcentral governments in both unitary (e.g., Italy, Spain, UK) and federal states (e.g. Germany and Belgium). This is especially the case in systems funded by taxes, where the financing is organised by public healthcare authorities under a single payer mechanism. Baicker, et al. (2010) documents that most of the devolution of public policy responsibilities in the U.S. takes place in the area of healthcare, and this implies a complex operationalisation and design of federal grants to encourage state actions towards efficiency and innovation.

Healthcare devolution has given rise to a number of concerns regarding the diversity in provision and regional cohesion of public health services. Against the backdrop of such concerns, some literature has developed to study the effect of healthcare devolution on regional inequalities (Costa-Font and Turati, 2017; Costa-Font and Rico, 2006b). Among the main arguments for devolution, one can pose the role of innovation, with regional health services becoming laboratories of health policy innovation and diffusion (Costa-Font and Rico, 2006a), and can give rise to some level of choice within the system to adjust to the diversity of preferences and needs with regards to healthcare (Oates, 1972).

This article will briefly discuss three features of the literature on healthcare devolution, namely, the effect of devolution on regional diversity, policy innovation and the strengthening of the public nature of health systems in many western

European countries. We will focus on evidence from two national health systems, that of the United Kingdom and of Spain. In the UK, the three devolved administrations receive a block allocation from the UK Parliament in Westminster out of which they have to decide what proportion should be allocated to the National Health Service (NHS), social care, education and so on. The latter compares with the Spanish case where block grants are received from the Spanish government, except for the Basque Country and Navarra who are fully fiscally accountable and raise their own taxes. The two systems differ in that post-devolution UK lacks any UK-wide, federal governance institutions. However, this is not the case in Spain, where the Ministry of Health does exist and exerts some critical coordination roles alongside the provision of information. The only exception where the UK and Spain are comparable is the fact that the English Department of Health undertakes some UK-wide functions on behalf of the other three devolved administrations with respect to international relations affecting the NHS. More importantly, and similar to the Spanish case, the devolved assemblies and Scottish Parliament in the UK are elected on a wholly different basis from the Westminster Parliament, using variant forms of proportional representation. This may well affect the nature of the policies adopted in the devolved administrations as the political majorities in the devolved assemblies do not necessarily mirror the electoral results of nation-wide elections.

Regional Diversity and Policy Innovation

When advocating one model of governance over another, it is essential to consider the effect of regional inequality

(Costa-Font and Rico, 2006b Costa-Font and Turati, 2018). It is an empirical question whether keeping health services centralised does indeed manage to reduce variations in the health system. The latter is especially relevant when healthcare activity and, more generally, the demand for public services is often beyond government control such as the healthcare preferences of patients and doctors on what they value most from health system benefits. These are at least partly driven by differences in needs (e.g., a higher concentration of elderly people might lead to an increased demand for rehabilitation etc.). However, there are important pressures in favour of further equality as medical trade unions in the UK and Spain have, at certain occasions, called for the harmonisation of working conditions of professionals working for the national health system on the grounds of a possible fragmentation of the system, and the need to strengthen the stewardship of the ministry of health.

Both in Spain and the UK, devolution has not increased regional inequalities, and in Spain, we see a significant reduction in regional disparities (Costa-Font and Greer, 2013). In particular, devolution has helped to address regional preferences in healthcare, as is evident from the decrease in inequality in Spain and the UK. The latter is also consistent with Costa-Font and Turati (2018) who find a reduction in regional disparities in both Spain and Italy respectively after devolution. Potential arguments include the role of policy innovation leading to successful emulation, and to a lesser effect of veto points. Namely, devolution has allowed health services in Wales, Scotland and Northern

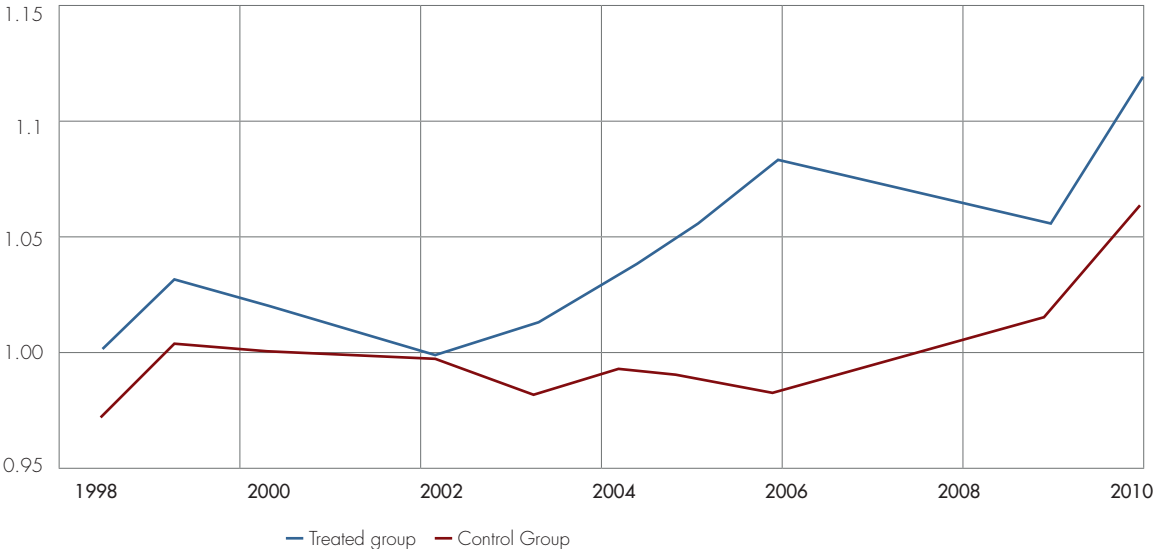
Ireland to be tailored according to their preferences (e.g., elimination of prescription charges, free long-term care in Scotland). Consistently, the report by Bevan et al. (2014) on the performance of healthcare in the UK after devolution finds that ‘it does not appear that the increasing divergence of policies since devolution has been associated with a matching divergence of performance’. The fact that healthcare is devolved does not seem to limit the ability of devolved governments to meet regional preferences and thus tackle regional inequality, as seen in the UK.

Finally, and against the backdrop of concerns on regional cohesion, the spread of devolution in some countries such as Spain shows that devolution can open a ‘follow-the-leader’ game where regions implementing new reforms, giving rise to policy innovation (e.g., the Basque Country, Navarra and Catalonia developed new dental care for children and shared coordination between health and social care), resulted in the spread of such reforms to the entire country later on, hence reducing regional inequality (Costa-Font and Rico, 2006b). There is some evidence of this in the UK, as longer waiting times in Wales compared with England spurred the Welsh Assembly government to give waiting time reduction a higher priority. Scotland similarly took waiting times more seriously when its government saw the performance in England.

Privatisation

Healthcare devolution can contain a built-in mechanism to adjust to region-specific preferences, providing an

Figure 1: Perception of the National Health System (a larger number indicates a better perception)



Source: Costa-Font and Ferreri-Carbonell (2017), estimated from Barómetro Sanitario, various years.

alternative to going private. The Spanish devolution here is especially important as, with the exception of two, all regions were subject to the same financial constraints (Lopez-Casasnovas et al, 2005) which allows to examine the effect of devolution in the use and satisfaction of the national health service and the use of private healthcare and uptake of private health insurance. Although the national health system finances the vast majority of healthcare in Spain, a significant and growing number of people duplicate coverage by subscribing to private health insurance. More importantly, we find that the decentralisation of healthcare services did increase the satisfaction in these services. Costa-Font and Ferreri-Carbonell (2017) use a difference in difference methodology to compare the seven regions that had already decentralised before 2002 (control group) to the ones that were decentralised in 2002 (treatment group). Figure 1 shows evidence of trends consistent with such an effect. Similarly, individuals are less likely to take private health insurance and are not expected to turn to the private sector after the decentralisation in 2002. Overall, results are consistent with the thesis that decentralisation provides an alternative to the 'built-in accountability mechanisms' of the healthcare market.

Conclusion

The devolution of healthcare responsibilities to regional governments is an important institutional reform that has important consequences for health systems. Evidence suggests that though it increases the complexity of the system, there is ground to argue that it does not compromise regional cohesion, but rather provides incentives for policy innovation and emulation, and finally serves as an instrument to discourage the use of private healthcare and private health insurance, and keep individuals using public healthcare.

References

- Baicker, K. and J. Skinner (2010): "Healthcare spending growth and the future of U.S. tax rates". Prepared for the Tax Policy and the Economy Conference, September 23, 2010.
- Bevan, G.; Karanikolos, M.; Exley, J.; Nolte, E.; Connolly, S. and Mays, N. (2014): The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? Available: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/revised_4_countries_report.pdf. [Last accessed 20th March 2015].
- Costa-Font, J. and Ferreri-Carbonell, A. (2017): "Can regional decentralisation shift health care preferences?". IZA Working Paper.
- Costa-Font, J. and Greer, S. L. (2013): "Territory and health: perspectives from economics and political science", en: Costa-Font, J. and Greer, S. L. (Eds.), *Federalism and Decentralisation in European Health and Social Care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 13-35.
- Costa-Font, J. and Rico, A. (2006a): "Vertical competition in the Spanish national health system (NHS)". *Public Choice*. 128, 477-498.
- Costa-Font, J. and Rico, A. (2006b): "Devolution and the interregional inequalities in health and healthcare in Spain". *Regional Studies*. 40(8), 875-887.
- Costa-Font, J. (2010): "Does devolution lead to regional inequalities in welfare activity?". *Environment and Planning C: Government and Policy*, 28, 435-449.
- Costa-Font, J. and Turati, G. (2018): "Regional healthcare decentralization in unitary states: equal spending, equal satisfaction?". *Regional Studies*, 52(7), 974-985.
- Lopez-Casasnovas, G.; Costa-Font, J. and Planas, I. (2005): "Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of healthcare services'". *Health Economics*, 14(S1), S221-S235.
- Oates, W. (1972): *The Political Economy of Federalism*. Lexington, MA.: Lexington Books.



Gilberto Turati
Università Cattolica del Sacro Cuore

Decentralisation in Unitary States: Impacts on Inequality in Health Outcomes and Outputs

Decentralisation in healthcare is an organisational solution that has received attention among scholars and policy makers all around the world (e.g., Costa-Font and Greer, 2013; Saltman et al., 2007). Decentralisation can have a number of meanings, all of which imply the devolution of a certain degree of power from the central government to lower tiers of government in the hierarchical structure of governance characterising each state.

In unitary states, like for instance Italy and Spain, and considering the specific issue of healthcare services, this means that the governments in Rome and Madrid lose some power in favor of regional governments, the '*Regioni*' and the '*Comunidades Autonomas*', respectively. This power may be related to defining how to organise the provision of services at the local level, to pay hospitals or other healthcare service providers, or even to tax citizens to finance the provision of these services. Depending on how far the power of sub-national government is extended, we can have different 'types' of decentralisation.

A first possibility would be to let sub-national governments solely administer the provision of services, what one can call 'administrative decentralisation'. This organisational solution implies that healthcare legislation is defined only at the national level. The central government transfers to regional governments all the money they need to supply the services via earmarked grants, and regional governments are in charge of spending these monies. A second possibility would be to let sub-national governments also partly legislate on healthcare matters, within the space that framework legislation (defined at the central level) opens up at the sub-national level. This would be a 'functional decentralisation', meaning that legislation on the healthcare function is

(partly) attributed to sub-national governments. This second type of decentralisation implies that regional governments keep receiving money from the centre, but now have a larger latitude in deciding how to spend the money they receive as transfers, specifically in relation to their ability to legislate on healthcare matters.

Both administrative and functional decentralisation might enhance efficiency, according to the Oates' decentralisation theorem, when there are clear differences in preferences of citizens across territories (typically, because the share of the elderly out of the total population is different across regions) and spillover and economies of scale are quite limited (which is the case for most healthcare services, except for vaccinations, which is a service characterised by large positive externalities and is regulated by the central government). However, these two types of decentralisation are likely to make sub-national governments financially irresponsible, since they just spend money for their citizens but do not tax them for providing the services.

To solve this accountability problem, a third possibility would then be to let sub-national governments also partly finance the services they provide to citizens, what would be a form of 'fiscal decentralisation'. This third type of decentralisation means that now regions have the ability to (partly) tax citizens, to (partly) legislate on health care matters, and to spend the money they both raise from their own taxes and receive as transfers from the centre. This organisational solution is thought to increase accountability of local governments and make them more financially responsible, with greater accountability the larger the share of spending they finance with their own taxes (Weingast, 2009).

Table 1. Trends in inequality across regional governments

	Quality (satisfaction)			Health spending p.c.		
	Before	After	Diff	before	after	Diff
Spain	0.468	0.456	-0.011 * (0.007)	0.079	0.090	0.011 *** (0.002)
Italy	0.339	0.344	0.005 (0.005)	0.086	0.077	-0.009 *** (0.001)
	Fiscal capacity			Needs		
	Before	After	Diff	before	after	Diff
Spain	0.214	0.193	-0.021 *** (0.0007)	0.180	0.198	-0.018 *** (0.0008)
Italy	0.253	0.248	-0.006 *** (0.0006)	0.168	0.134	0.034 *** (0.001)

Note: This table reports the means of the coefficient of variation in the period before decentralisation (1998-2002(2001)) and in the period after (2002(2003)-2009), together with the t-test for the difference in means. We measure four different variables: health system satisfaction, health spending per capita, fiscal capacity proxied by GDP per capita and need proxied by population over 65. SE in parentheses. Sig. lev. t-test on diff.: *** 1%, ** 5%, * 10%.

According to this reasoning, one might then wonder why each region is not given the freedom to completely finance provision of such services and to legislate without restrictions on healthcare matters. This 'complete decentralization' would certainly increase accountability; but then it would also bring to the fore the issue of inequality, for as long as regions are different in terms of resources available to finance their own spending. When moving from 'administrative' to 'fiscal' decentralisation the room for manoeuvre becomes larger, so that differences across regions in terms of taxes, services provided, and healthcare outcomes can also grow larger. For this reason, in general, constitutions contain a claim for national solidarity in unitary (but also in federal) states, especially on social rights like the right to healthcare. On the issue of inequality and solidarity across regions, we can then clearly see a tension between the larger freedom that can be assigned to regions (which also brings about accountability) and the possibility that this may result in unequal healthcare outputs and health outcomes.

This tension is generally addressed by making the provision of healthcare a shared responsibility between the central and the regional governments. In this setup, the central gov-

ernment's role is usually to guarantee a certain degree of solidarity and equality across constituencies. This is done by (i) constitutionally defining a set of services that must be guaranteed in the whole country (what one can call constitutional rights) and (ii) making available to poor constituencies (via equalisation grants) the resources they need to provide the constitutionally defined set of services.

Does this organisational design solve the issue of equality? The answer must be generally negative. Let us take, for instance, findings in Costa-Font and Turati (2018), who compare regional governments in Italy and Spain during the period 1998 to 2009, when decentralisation was somewhat further expanded. A very simple empirical exercise would be to compare the evolution of inequality across regional governments in different domains. Table 1 shows these results, where before and after refer to country-specific events: in Italy, it refers to the 'functional' decentralisation defined in 2001 with the Constitutional reform; while in Spain, to the completion of the process of decentralisation in 2002 extended to all *Comunidades Autonomas*. The table also reports coefficients of variation. Several observations emerge. First, the magnitude is different across re-

gions, and the differences are certainly larger than changes across the years. In particular, health spending per capita is more similar across regional governments than patients' satisfaction for the services they receive. Note that the relatively small spending inequality suggests that equalisation grants do their job. Second, and more importantly, the pattern we observe clearly shows that organisational solutions are not likely to explain inequalities in these countries. In Spain, furthering the process of decentralisation resulted in a marginal increase in spending inequality despite a decrease in differences in needs, but this was coupled with a decrease in inequality related to service quality. In Italy we observe the opposite patterns.

Why do we observe such patterns? One likely explanation is that resources are spent at the local level, so the quality of local institutions (i.e., local politicians, local hospitals' managers, medical staff) matters in transforming spending into good services for citizens. In the presence of large differences in the quality of local institutions, equalising spending does not correspond to equalising the healthcare outcomes, sometimes not even the outputs (measured in terms of services). Only policy innovation and diffusion stimulated by decentralisation might then ease the reduction of these inequalities.

A last remark is at hand: one might think that the alternative of letting the central government directly organise the supply of services that constitute individual rights would be the right solution to overcome differences in the quality of local institutions, but it is not. Provision of education is a function managed at the central level in Italy, and – despite this – we do observe large differences across territories (Turati et al., 2017). The explanation would be, again, that these services are provided at the local level, even if they are managed at the central level. So, the quality of local institutions unavoidably has an impact.

References

- Costa-Font, J. and Greer, S. (Eds.) (2013): *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*. Hampshire, UK: Palgrave MacMillan.
- Costa-Font, J. and Turati, G. (2018): "Regional healthcare decentralization in unitary states: equal spending, equal satisfaction?". *Regional Studies*, 52(7), 974-985.
- Saltman, R. B.; Bankauskaite, V. and Vrangbaek, K. (Eds.) (2007): *Decentralization in healthcare. Strategies and outcomes*. Berkshire, UK: Open University Press, McGraw-Hill House.
- Turati, G.; Montolio, D. and Piacenza, M. (2017): "Funding and School Accountability: the Importance of Private and Decentralised Public Funding for Pupil Attainment". *Fiscal Studies*, 38(4), 615-639.
- Weingast, B. (2009): "Second generation fiscal federalism: The implications of fiscal incentives". *Journal of Urban Economics*, 65(3), 279-293.



Dolores Jiménez-Rubio
Universidad de Granada



Pilar García-Gómez
Erasmus University Rotterdam

Decentralisation of Healthcare Systems and Health Outcomes: Evidence from a Natural Experiment¹

Decentralisation reforms have recently spread throughout countries that present a highly diverse nature: those operating traditional national health systems, including Scandinavian countries, Italy and the United Kingdom; federal countries, such as Canada and Switzerland; and, even developing countries, such as China and India. In Spain, such reforms have been implemented since the 1980s, resulting in a differentiation of the country's regional health policy in line with the characteristics of these regions or Autonomous Communities (ACs), under the coordination and supervision of the Ministry of Health (Durán, 2011). However, the effects of these reforms on health outcomes have not yet been evaluated. Although decentralisation is often politically motivated, economic theory suggests that decentralisation can also have an impact on a number of welfare dimensions such as efficiency, equity of public service provision and economic growth (Ahmad, Brosio and Tanzi, 2008).

The impact of decentralisation is an empirical issue and one on which (economic) opinions are split. Those identifying its positive effects base their case on the assumption that it improves the information available to decision-makers as regards local needs and stimulates political co-responsibility of political decision-makers making them more accountable to their voters. However, various factors could contribute to counter these effects: among these, we find the existence of sizeable externalities in the provision of certain goods (vaccines, for example) that could generate a "free-rider" effect; diseconomies of scale, for example in hospital supply; and

territorial imbalances if devolution is financed exclusively through user fees. As such it is not always straightforward to establish *a priori* the effect of decentralisation on health.

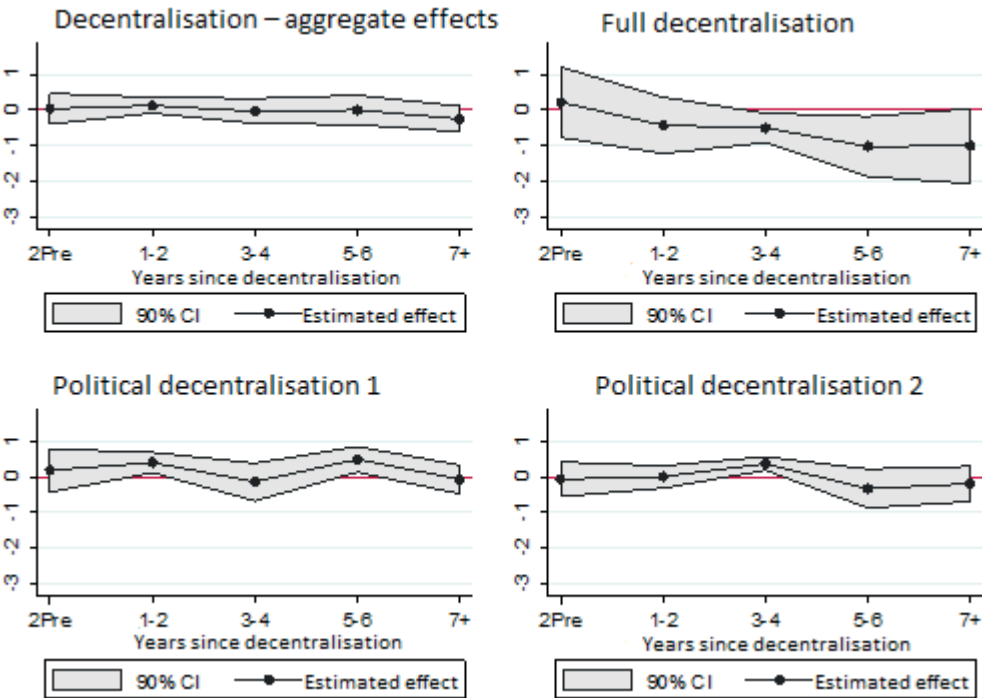
Currently, the literature analysing the relationship between fiscal decentralisation and various health indicators – including, for example, infant mortality – is growing (see for example, Cavalieri and Ferrante, 2016; Soto, 2012). In general, the results of these studies indicate that fiscal decentralisation is associated with lower infant mortality, especially when decentralisation implies broad fiscal co-responsibility for the regions in terms of autonomy in their spending and revenue. However, possibly due to the lack of data, the outcomes associated with other types of decentralisation have been little studied to date.

In Spain, the decentralisation of healthcare was implemented gradually and asymmetrically after 1981, and the order in which the ACs received transfers in health matters was based on political and cultural factors, rather than on health indicators (Rico and Costa-Font, 2005).

This asymmetric implementation of decentralisation in Spain makes it possible to compare the impact of different modes of devolution: full decentralisation (both fiscal and political, funded through own sources of revenue) vs. purely political decentralisation (funded mainly by transfers). According to the literature on fiscal federalism, different types of decentralisation can have a differentiated impact on the spending behaviour of regional government (see, for example, Liberati and Sacchi, 2013). Likewise, we can usefully distinguish between ACs with a primarily political decentralisation that

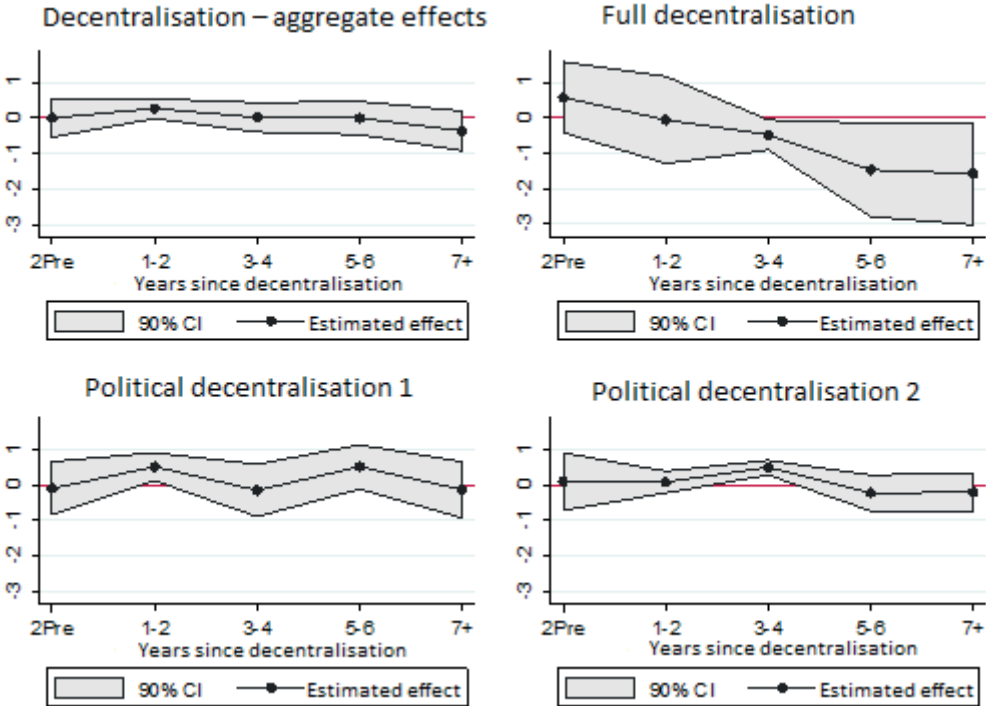
¹ This report is based on a paper published in *Social Science & Medicine*, 188 (2017) pp. 69-81.

Figure 1. Effects of decentralisation on neonatal mortality



Note: Full decentralisation: Political and fiscal decentralization in *foral* regions. Political decentralisation 1: Political decentralization in fast-tracked ACs (transfer of competences prior to 2002). Political decentralisation 2: Political decentralisation in slow-tracked ACs (transfer of competences after 2002).

Figure 2. Effects of decentralisation on infant mortality



Note: Full decentralisation: Political and fiscal decentralization in *foral* regions. Political decentralisation 1: Political decentralization in fast-tracked ACs (transfer of competences prior to 2002). Political decentralisation 2: Political decentralisation in slow-tracked ACs (transfer of competences after 2002).

acquired competences for healthcare provision before and after 2002, since in this latter case decentralisation has implied an increase in the fiscal autonomy of these regions.

One of the main results of our study indicates that, in some instances, decentralisation in Spain considerably reduced both infant and neonatal mortality (see Figures 1 and 2). However, the reform affected exclusively those regions with full decentralisation, that is, Spain's *foral* (chartered) regions only (i.e. Basque Country and Navarre). Moreover, the magnitude of the effect is considerable: decentralisation in fully decentralised regions reduced the number of deaths of children under one year of age and children under one month of age by 1.1 and 0.8 per 1,000 live births, respectively. For the rest of the regions in which decentralisation reforms were typically funded by transfers and characterised by low levels of local autonomy, we find no effects of the reforms.

The mechanisms via which decentralisation allowed the *foral* regions to lower infant and neonatal mortality rates are still being studied, but, here, the lack of available data to conduct in-depth analyses is proving a considerable limitation.

We find that supply changes (approximated by the number of doctors per 100,000 inhabitants) are a plausible explanatory mechanism of the improvement in health in these ACs, but clearly not the only one, and possibly not even the main one, since the effect of devolution is maintained after controlling for this rate.

On the other hand, these results are not (only) due to the higher income level of the *foral* communities, given that decentralisation did not lower infant mortality rates in those wealthier communities that only implemented political decentralisation.

These results suggest that decentralisation may intensify inequalities between regions with different income levels, as previous studies have found (see, for example, Soto et al., 2012). However, it should be noted that inter-regional dispersion or inequality is not a consequence of a reduction in the health outcomes of the poorest regions, but of an improvement in the health outcomes in some of the more prosperous regions.

It is likely, in view of our results, that the decentralisation processes experienced in the *foral* regions – which enjoy both a high volume of own sources of revenue and broad autonomous powers at the local level – have had not only a considerable effect on local spending behaviour, but also

served to strengthen the political visibility of local governments and their responsiveness to local needs (Rodden, 2003). In fact, the *foral* regions have been pioneers in the implementation of health measures that have a close bearing on infant and neonatal mortality, such as the extension of healthcare coverage to the entire population, including children, immigrants and low-income individuals (Rico, 1998).

The results of our study should be treated with caution. They do not necessarily allow us to conclude that decentralisation *per se* is always beneficial. In the Spanish case, decentralisation, together with other far-reaching reforms promoting universal health coverage and implemented in the late eighties and early nineties, appear to have stimulated outcomes in those regions that received both fiscal and political powers in relation to healthcare provision during the same period. Although our study provides evidence that health outcomes improved after decentralisation reforms, even after controlling for supply indicators, we cannot explore the exact mechanisms responsible for our results due to data limitations.

References

- Ahmad, E.; Brosio, G. and Tanzi, V. (2008): "Local service provision in selected OECD countries: do decentralized services work better?". IMF Working Paper 08/67. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp0867.pdf>
- Cavalieri, M. and Ferrante, L. (2016): "Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from infant mortality in Italy". *Social Science & Medicine*, 164, 74-88. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616303719>
- Durán, A. (2011): "Health system decentralization in Spain: a complex balance". *Euro Observer*, 13(1). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135664/EuroObserver13_1.pdf
- Liberati, P. and Sacchi, A. (2013): "Tax decentralization and local government size". *Public Choice*, 157(1), 183-205. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11127-012-9937-9>
- Nolte, E.; Bain, C. and McKee, M. (2010): "Population Health", in Smith, P.; Mossialos, E.; Papanicolas, I.

and Leatherman, S. (Eds.), *Performance measurement for health system improvement*. Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/books/performance-measurement-for-health-system-improvement/81C4581EA9DDA3E0F637E9DC8F94BB71>

Rico, A. and Costa-Font, J. (2005): "Power rather than path dependency? The dynamics of institutional change under health care federalism". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1), 231-252. <https://read.dukeupress.edu/jhppl/article-abstract/30/1-2/231/93450/Power-Rather-Than-Path-Dependency-The-Dynamics-of?redirectedFrom=fulltext>

Rico Gómez, A. (1998): "Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996). Intensidad De Preferencias Y Autonomía Política Como Condiciones Para El Buen Gobierno". Dissertation, Universidad Autónoma de Madrid. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/131121>

Rodden, J. (2003): "Reviving Leviathan: Fiscal Federalism and the Growth of Government". *International Organization*, 57, 695-729. <https://www.cambridge.org/core/journals/international-organization/article/reviving-leviathan-fiscal-federalism-and-the-growth-of-government/15B14863E625FB2BD34D6F91F933AA87>

Soto, V. E.; Farfan, M. I. and Lorant, V. (2012): "Fiscal decentralization and infant mortality rate: the Colombian case". *Social Science and Medicine*, 74(9), 1426-1434. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612001153?via%3Dihub>

Costa-Font, Joan

Joan Costa-Font is an associate professor ('Reader') of the Department of Health Policy and the European Institute at the London School of Economics (LSE). He has been Harkness Fellow at Harvard University and Visiting Fellow at Paris Dauphine University, UCL, Boston College, Oxford University, Università Cattolica, and the University of Munich (LMU). He earned three undergraduate and research degrees, in economics, law, and political science from the University of Barcelona; two masters degrees: in economics from the Pompeu Fabra University, and in international health policy (specialised in health economics and public economics) from the LSE; and a PhD in economics (specialised in health economics) from the University of Barcelona. He earned a Marie Curie Postdoctoral Fellowship based at the LSE and before joining the LSE in 2007, he was associate professor of applied economics (promoted to full professor while on leave in 2010) at the University of Barcelona.

García-Gómez, Pilar

Pilar García-Gómez is an associate professor at the Erasmus School of Economics in Rotterdam (Netherlands). She graduated in economics at the Pompeu Fabra University where she later completed her PhD. Her main research interests lie in the field of health economics, in particular, the study of health inequalities and the evaluation of the effects of health, social and labour policy on health. Her work has been published in the *Journal of Human Resources*, *Journal of Health Economics*, *Health Economics*, *Labour Economics* and *Social Science & Medicine*, and she has contributed chapters to books published, among others, by the University of Chicago Press. She is currently associate editor of *Health Economics*, and Fellow of the Tinbergen Institute and the Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement (Netspar).

Jiménez-Rubio, Dolores

Dolores Jiménez-Rubio holds a degree in economics from the University of Granada, and an MSc in public economics and a PhD in Economics both from the University of York (UK). Since January 2012, she has been a tenured lecturer in the Department of Applied Economics at the University of Granada. Her main lines of research lie in the areas of health economics and public economics, fields in which she has published several studies in leading national and international journals. She has been a visiting lecturer at the Centre for Health Economics at the University of York and at the London School of Economics. The Spanish Association of Health Economics has recently awarded her the prize for the best article in health economics.

Turati, Gilberto

Gilberto Turati is professor of public finance at the Department of Economics and Finance, School of Economics, of the Università Cattolica del Sacro Cuore. He holds a PhD in finance from the Università Cattolica del Sacro Cuore and a MSc in economics from the University of York (UK). Prior to joining the Università Cattolica, he worked as *ricercatore* (2002-2011) and as *professore associato* (2011-2016) at the University of Turin, School of Economics. His research is mainly focused on the intersections between health economics, regional economics, industrial organization and political economy. He has published several articles in journals such as the *Journal of Health Economics*, *Health Economics*, *Regional Science and Urban Economics*, *Regional Studies*, *the Journal of the Royal Statistical Society (Series A)*, *the Journal of Money, Credit and Banking*, *Energy Economics*. He has been a board member of the European Public Choice Society for the term 2012-2015. He is currently a board member of the Italian Society of Public Economics (SIEP).

Vall Castelló, Judit

Judit Vall Castello is an applied economist, specializing in econometrics and quantitative methods. She has a degree in economics from the Autonomous University of Barcelona, a master's degree from the University of Essex and she completed her PhD at Maastricht University with a Marie Curie Fellowship. She held pre-doctoral research posts at the Institute for Economic and Social Research of the University of Essex, the Toulouse School of Economics and the State University of New York at Stony Brook with a Fulbright-Schuman Grant. She was awarded a Robert Solow Postdoctoral Fellowship by the *Centre Cournot* for Economic Studies in Paris and has taught at universities in Spain, the Netherlands and Mexico. Her current research analyses the impact of social policy and pension systems on labour market decisions as well as on health, and she has published in journals such as the *Economic Journal*, *Health Economics*, *Journal of Public Economics*, *Labour Economics* and *Economics of Education Review*, among others. She is currently an assistant professor at the Department of Economics of the University of Barcelona and conducts research at the Barcelona Economics Institute (IEB), the Centre for Research in Health and Economics at the Pompeu Fabra University and at the IZA Institute of Labour Economics.

Economía de la salud: prestación de servicios en sistemas de salud descentralizados

El Institut d'Economia de Barcelona (IEB) es un centro de investigación en Economía que tiene como objetivos fomentar y divulgar la investigación en economía, así como contribuir al debate y a la toma de las decisiones de política económica.

La investigación de sus miembros se centra principalmente en las áreas del federalismo fiscal; la economía urbana; la economía de las infraestructuras y el transporte; el análisis de sistemas impositivos; las políticas públicas; y la sostenibilidad energética.

Creado en 2001 en el seno de la Universitat de Barcelona y reconocido por la Generalitat de Catalunya, el IEB recibió un importante impulso en 2008 con la constitución de la Fundación IEB (en la que colaboran Abertis, Agbar, La Caixa, Naturgy Energy, Ayuntamiento de Barcelona, Diputación de Barcelona, Universitat de Barcelona y la Universitat Autònoma de Barcelona). También acoge la Cátedra de Sostenibilidad Energética de la UB (financiada por la Fundación para la Sostenibilidad Energética y Ambiental) y la Cátedra UB Smart Cities.

Además de realizar actividades relacionadas con la investigación académica, el IEB pretende dar a conocer y difundir la investigación realizada mediante la organización de simposios y jornadas, así como de diversas publicaciones entre las que cabe destacar cada año el Informe IEB sobre Federalismo Fiscal y Finanzas Públicas. El IEB Report que el lector tiene en sus manos, forma parte de dicho informe, si bien con una periodicidad mayor y un contenido más ágil para poder adaptarse mejor a la cambiante actualidad.

Las opiniones expresadas en el Informe no reflejan las opiniones del IEB.

Más información www.ieb.ub.edu



Judit Vall Castello
Institut d'Economia de Barcelona (IEB)
Universitat de Barcelona

Economía de la salud: prestación de servicios en sistemas de salud descentralizados

Desde principios de los años 1990 algunos de los países de la OCDE empezaron procesos de descentralización de algunas de las responsabilidades de los gobiernos centrales. Hay varios argumentos que aconsejan la descentralización de algunas de las políticas en términos de eficiencia como, por ejemplo, el hecho de que los gobiernos locales pueden ser más conocedores de las necesidades de los ciudadanos de su región; la descentralización también puede facilitar la participación y supervisión ciudadana, etc. Una de las competencias estatales que se incluyó en los procesos de descentralización fue la sanidad pública.

Así, el objetivo de este informe es evaluar algunos de los efectos de la descentralización de los servicios de salud pública aportando evidencia de países que implementaron estas reformas. La verdad es que este es un tema en el que no existe mucha evidencia, principalmente por las dificultades de establecer el link directo entre el proceso de descentralización del sistema de salud y las variables que se quieran estudiar. El proceso de descentralización de un sistema de grandes dimensiones, como es el sistema de salud, no se puede implementar de manera inmediata y, por consiguiente, suele demorarse varios años. Esta característica añade complicación a la hora de establecer los efectos causales del proceso. Este informe presenta tres de las contribuciones más relevantes en esta área relativamente inexplorada, desde la economía de la salud.

En la primera de las contribuciones Joan Costa-Font hace una introducción al marco de los efectos teóricos que cabría esperar de los procesos de descentralización del sistema de salud y se centra en la revisión de la literatura focalizada en

los efectos sobre la diversidad regional, las innovaciones y el impacto sobre la dicotomía público-privado que generan los procesos de descentralización sanitaria. Para ello, Costa-Font revisa los efectos de dos países, Reino Unido y España que, aunque con experiencias y estructuras diferentes, implementaron procesos de descentralización importantes en la provisión de los servicios sanitarios. Después de explicar las principales diferencias entre los dos sistemas, el autor aporta evidencia de que la descentralización no ha aumentado las desigualdades regionales en el funcionamiento del sistema en ninguno de los dos casos y, al contrario, en el caso Español se observa una reducción de las mismas gracias a la capacidad del nuevo sistema descentralizado de adaptarse a las preferencias regionales de los ciudadanos (en temas de prestación de servicios sanitarios) sin que esto haga aumentar las desigualdades entre regiones en el funcionamiento del sistema. Costa-Font también muestra evidencia de que la descentralización promueve la innovación sanitaria en algunas regiones que son seguidas por el resto de regiones en el país, resultando en efectos positivos sobre la innovación a nivel estatal. Finalmente, pero de igual importancia que los aspectos anteriores, el autor también explica que la descentralización tiene un impacto positivo sobre las medidas de satisfacción con el sistema sanitario y, como resultado, disminuye la doble cobertura con seguros privados utilizados como complemento a la prestación sanitaria pública.

La contribución de Gilberto Turati explora de manera más intensa los efectos de la descentralización del sistema de salud público sobre varias dimensiones de la desigualdad comparando los procesos implementados en España

y en Italia. El impacto es claramente diferente en estos dos países: mientras que en España la descentralización supone un pequeño aumento de las desigualdades en gasto sanitario entre regiones, hay una clara reducción de las desigualdades en la calidad del servicio prestado. En Italia los efectos son exactamente los contrarios. Así, Turati presenta una clara discusión de porque los resultados de la descentralización son diferentes en función del país.

La última contribución de este informe presentada por Dolores Jiménez-Rubio y Pilar García-Gomez analiza el impacto de la descentralización del sistema de salud público español en la mortalidad infantil y neonatal registrada en los hospitales de titularidad pública. Las autoras muestran de manera muy clara que la descentralización sanitaria comportó importantes reducciones tanto en la mortalidad infantil como la neonatal aunque estos efectos solo son presentes en las regiones que pudieron implementar una descentralización total. En la parte final nos exponen algunos de los mecanismos que podrían explicar estos resultados.

Las tres contribuciones presentan los principales resultados que existen en la literatura sobre los efectos de la descentralización del servicio de salud público tanto para el caso Español como para algunos de los países europeos que también han implementado este proceso. Como se puede ver, los resultados no parecen ser negativos y sí que hay evidencia de mejoras en algunas áreas de la salud. De todas maneras, es necesaria más evidencia para poder derivar conclusiones globales y generales del impacto de la descentralización en el campo de la salud.



Joan Costa-Font
London School of Economics (LSE)

La descentralización de la asistencia sanitaria de dos sistemas sanitarios públicos: diversidad, innovación y privatización

La asistencia sanitaria es la competencia de servicio público que más delegan los gobiernos regionales de los Estados miembros de la Unión Europea (Costa-Font y Greer, 2013). Tanto en estados unitarios (Italia, España y el Reino Unido, entre otros) como en estados federales (como Alemania y Bélgica), la asistencia sanitaria se asigna a los gobiernos subcentrales como un paquete de financiación pública. Esto es especialmente cierto en sistemas que se financian mediante impuestos y en los que la financiación está organizada por las autoridades sanitarias públicas con arreglo a un mecanismo de pagador único. En los Estados Unidos, Baicker et al. (2010) documentan que la mayor parte de la descentralización de las competencias en materia de política pública se produce en el ámbito de la salud, lo que implica un complejo entramado y diseño de subvenciones federales para fomentar que las acciones estatales se materialicen pensando en la eficiencia y la innovación.

La descentralización de la asistencia sanitaria ha planteado una serie de interrogantes con respecto a la diversidad y la cohesión regional de los servicios de sanidad pública. En este contexto se han publicado estudios que revisan el efecto de la descentralización de la atención sanitaria sobre las desigualdades regionales (Costa-Font y Turati, 2017; Costa-Font y Rico, 2006b). Uno de los principales argumentos a favor de la descentralización, por ejemplo, es el papel de la innovación: los servicios de salud regionales se convierten en laboratorios de innovación y difusión de política sanitaria (Costa-Font y Rico, 2006a) y pueden permitir un cierto margen de elección dentro del sistema para ajustarse a las preferencias y necesidades de atención sanitaria (Oates, 1972).

Este artículo repasa brevemente tres características de las publicaciones sobre la descentralización de la asistencia sanitar-

ia; a saber, el efecto de la descentralización en la diversidad regional, en la innovación de políticas y en el fortalecimiento de la naturaleza pública de los sistemas sanitarios de numerosos países de Europa occidental. Nos centraremos en los datos de dos sistemas nacionales de salud: el Reino Unido y España. En el Reino Unido, las tres administraciones descentralizadas reciben una única asignación del Parlamento del Reino Unido (Westminster) y son ellas las que deciden la proporción que asignan al servicio nacional de salud, a asistencia social, a educación, etcétera. Esto es parecido a lo que sucede en España, donde las comunidades reciben subvenciones en bloque del Gobierno español, a excepción del País Vasco y Navarra, que son totalmente responsables fiscalmente y que recaudan sus propios impuestos. El sistema español y el británico difieren en el sentido de que, una vez hecha la descentralización, el Reino Unido carece de instituciones para todo el país que coordinen esa estructura federal. En España, sin embargo, esto no es así: el Ministerio de Sanidad ejerce algunas funciones de coordinación importantes, además de proporcionar información. La única excepción en la que el Reino Unido y España son comparables es que el Ministerio de Sanidad inglés desempeña algunas funciones en todo el Reino Unido en nombre de las tres administraciones descentralizadas en materia de relaciones internacionales que afectan al Servicio Nacional de Salud británico (NHS). Cabe señalar que, al igual que en el caso español, las asambleas descentralizadas y el Parlamento escocés en el Reino Unido se eligen sobre una base totalmente diferente a la del Parlamento de Westminster, con distintas formas de representación proporcional, lo que puede afectar a la naturaleza de las políticas adoptadas en las administraciones descentralizadas. Es decir, las mayorías políticas en las asambleas descentralizadas no necesariamente reproducen los resultados electorales de las elecciones nacionales.

Diversidad regional e innovación en las políticas

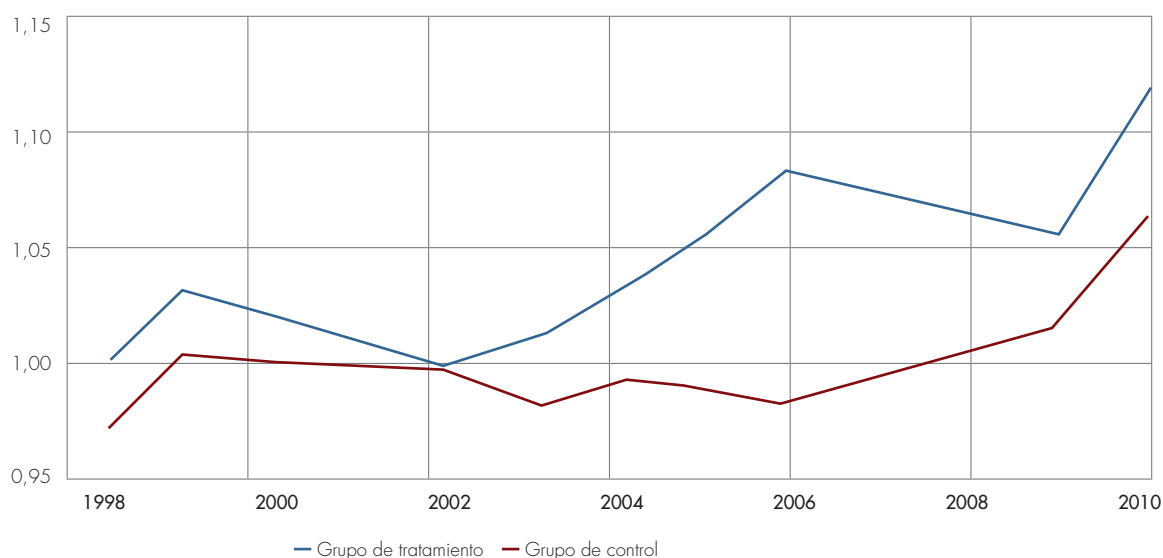
A la hora de abogar por un modelo de gobernanza con respecto a otro, es fundamental plantearse el efecto sobre la desigualdad regional (Costa-Font y Rico, 2006b; Costa-Font y Turati, 2018). Saber si los servicios sanitarios centralizados reducen la diversidad del sistema sanitario es claramente una cuestión empírica. Esto último es especialmente cierto si tenemos en cuenta que, a menudo, la actividad de asistencia sanitaria y, de manera más general, la demanda de servicios públicos escapa al control del gobierno; fijémonos en lo que sucede, por ejemplo, con las preferencias de atención sanitaria de los pacientes y los médicos, lo que más valoran de las prestaciones del sistema sanitario. Esto se explica, al menos en parte, por las diferencias y las necesidades (una mayor concentración de personas mayores, por ejemplo, puede redundar en demanda de rehabilitación, entre otros). Por otro lado, existen importantes presiones a favor de una mayor igualdad, ya que los sindicatos médicos del Reino Unido y España han pedido en ocasiones la equiparación de las condiciones laborales de los profesionales que trabajan para el sistema sanitario público, alegando una posible fragmentación del sistema y la necesidad de reforzar la administración del Ministerio de Sanidad.

La descentralización no ha aumentado las desigualdades regionales ni en España ni en el Reino Unido; de hecho, en España se observa una reducción significativa de las disparidades regionales (Costa-Font y Greer, 2013). En particular, la descentralización ha contribuido a abordar las preferencias regionales en materia de asistencia sanitaria,

como lo demuestra la disminución de la desigualdad en España y el Reino Unido. Esto también está en consonancia con Costa-Font y Turati (2018), que, tras la descentralización, constatan una reducción de las disparidades regionales tanto en España como en Italia. Entre los posibles argumentos cabe mencionar el papel de la innovación en materia de políticas, que conlleva una emulación que da muy buenos resultados, y un menor efecto de los puntos de veto. Concretamente, la descentralización ha permitido que Gales, Escocia e Irlanda del Norte puedan adaptar algunos puntos según sus preferencias (eliminar gastos de recetas, asistencia de larga duración de forma gratuita en Escocia, entre otras). Consecuentemente, el informe de Bevan *et al.* (2014) sobre el desempeño de la asistencia sanitaria en el Reino Unido después de la descentralización concluye que «no parece que la creciente divergencia de políticas desde la descentralización lleve asociada una divergencia de desempeño equivalente». El hecho de que la asistencia sanitaria esté descentralizada no parece limitar la capacidad de los gobiernos descentralizados para satisfacer las preferencias regionales y, por tanto, hacer frente a la desigualdad regional, como se ha visto en el Reino Unido.

Por último, con la cohesión regional en mente, el caso de algunos países, como España, demuestra que la descentralización puede iniciar una dinámica de «seguir al líder», en que las regiones aplican nuevas reformas que, a su vez, dan lugar a innovación en las políticas. Por ejemplo, el País Vasco, Navarra y Cataluña pusieron en práctica un nuevo servicio de asistencia dental para niños y una cuidada coordinación entre sanidad y asistencia social; más tarde, esa iniciativa se amplió a todo el país, con lo que se redujo

Gráfico 1: Percepción del sistema sanitario público (más personas refieren una mejor percepción)



Fuente: Costa-Font and Ferrer-i-Carbonell (2017), cálculos a partir de Barómetro Sanitario, varios años.

la desigualdad regional (Costa-Font y Rico, 2006b). Ciertos datos confirman lo mismo para el Reino Unido. Las listas de espera de Gales, más largas que las de Inglaterra, llevaron al gobierno de la Asamblea de Gales a priorizar la reducción de las listas de espera. Cuando el gobierno de Escocia vio los resultados obtenidos en Inglaterra, también se tomó más en serio las listas de espera.

Privatización

La descentralización de la asistencia sanitaria puede tener un mecanismo incorporado para ajustar ciertas preferencias regionales específicas, lo que constituye una alternativa a la privatización. En ese sentido, la experiencia española resulta especialmente interesante, ya que —salvo en dos regiones— en todos los casos se afrontaban las mismas restricciones financieras (López-Casasnovas *et al.*, 2005). Esto permite examinar el efecto de la descentralización en el uso y la satisfacción del sistema sanitario público y en el uso de la asistencia sanitaria privada y la utilización de los seguros de salud privados. Si bien el sistema sanitario público financia la mayor parte de la asistencia sanitaria en España, el número de personas que se acoge a la duplicación de la cobertura contratando un seguro médico privado es significativo y va al alza.

Con todo, cabe destacar que la descentralización de la asistencia sanitaria aumenta la satisfacción con respecto a los servicios prestados. En el estudio de Costa-Font y Ferrer-i-Carbonell (2017) se utiliza una metodología de diferencias en diferencias: se comparan las siete regiones descentralizadas antes de 2002 (grupo de control) con las descentralizadas en 2002 (grupo de tratamiento). El gráfico 1 muestra tendencias coherentes con ese efecto: es menos probable que las personas contraten un seguro de salud privado y que recurran al sector privado después de la descentralización de 2002. En general, los resultados están en consonancia con la tesis de que la «descentralización» proporciona una alternativa a los «mecanismos de rendición de cuentas existentes» en el sistema de salud.

Conclusión

La descentralización de las competencias de asistencia sanitaria a los gobiernos regionales es una reforma institucional considerable que tiene consecuencias importantes para los sistemas sanitarios. Los datos sugieren que, si bien aumenta la complejidad del sistema, hay motivos para argumentar que no compromete la cohesión regional, sino que incentiva la innovación y la emulación de políticas y que, además, es un instrumento que desalienta el recurso a la asistencia sanitaria privada y a los seguros de salud privados, y que hace que las personas sigan acudiendo a la sanidad pública.

Referencias bibliográficas

- Baicker, K. y J. Skinner (2010): "Healthcare spending growth and the future of U.S. tax rates". Preparado para la Tax Policy and the Economy Conference, 23 de septiembre de 2010.
- Bevan, G.; Karanikolos, M.; Exley, J.; Nolte, E.; Connolly, S. y Mays, N. (2014): The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? Disponible en: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/revised_4_countries_report.pdf. [Último acceso: 20 de marzo de 2015].
- Costa-Font, J. y Ferrer-i-Carbonell, A. (2017): "Can regional decentralisation shift health care preferences?". IZA Working Paper.
- Costa-Font, J. y Greer, S. L. (2013): "Territory and health: perspectives from economics and political science", en: Costa-Font, J. y Greer, S. L. (Eds.), *Federalism and Decentralisation in European Health and Social Care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 13-35.
- Costa-Font, J. y Rico, A. (2006a): "Vertical competition in the Spanish national health system (NHS)". *Public Choice*, 128, 477-498.
- Costa-Font, J. y Rico, A. (2006b): "Devolution and the inter-regional inequalities in health and healthcare in Spain". *Regional Studies*, 40(8), 875-887.
- Costa-Font, J. (2010): "Does devolution lead to regional inequalities in welfare activity?". *Environment and Planning C: Government and Policy*, 28, 435-449.
- Costa-Font, J. y Turati, G. (2018): "Regional healthcare decentralization in unitary states: equal spending, equal satisfaction?". *Regional Studies*, 52(7), 974-985.
- Lopez-Casasnovas, G.; Costa-Font, J. y Planas, I. (2005): "Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of healthcare services'". *Health Economics*, 14(S1), S221-S235.
- Oates, W. (1972): *The Political Economy of Federalism*. Lexington, MA.: Lexington Books.



Gilberto Turati
Università Cattolica del Sacro Cuore

Descentralización en estados unitarios: impactos sobre la desigualdad en los resultados y productos sanitarios

La descentralización de la asistencia sanitaria es una solución organizativa que ha despertado el interés de académicos y responsables de la formulación de políticas públicas de todo el mundo (p. ej., Costa-Font y Greer, 2013; Saltman et al., 2007). *Descentralización* puede tener varios significados, pero siempre implica una cierta transferencia de poder desde el gobierno central hasta los niveles inferiores del gobierno, según la estructura jerárquica de cada estado.

En relación con el tema específico de la asistencia sanitaria, en estados unitarios como Italia y España la descentralización significa que los gobiernos de Roma y Madrid ceden parte de sus competencias a los gobiernos regionales: las *regioni* y las comunidades autónomas, respectivamente. Estas competencias pueden estar relacionadas con la organización de la prestación de servicios a nivel local, el pago a los hospitales u otros proveedores de servicios sanitarios, o incluso los impuestos a los ciudadanos para financiar la prestación de estos servicios. Dependiendo de hasta dónde lleguen las competencias del gobierno subnacional, podemos tener diferentes «tipos» de descentralización.

Una primera posibilidad sería que los gobiernos subnacionales se limitaran a la prestación de servicios, lo que se denomina *descentralización administrativa*. Esta opción organizativa implica que la legislación sanitaria se define solo a nivel nacional, el gobierno central transfiere a los gobiernos regionales todo el dinero que necesitan para prestar los servicios a través de subvenciones específicas, y los gobiernos regionales son los encargados de gastar ese dinero. Una

segunda posibilidad sería dejar que los gobiernos subnacionales también legislaran en parte sobre cuestiones de asistencia sanitaria, dentro del margen que la legislación marco (definida en el nivel central) permita al nivel subnacional. Se trataría de una *descentralización funcional*, lo que significa que los gobiernos subnacionales tendrían competencias parciales para legislar en materia de «asistencia sanitaria». Este segundo tipo de descentralización implica que los gobiernos regionales siguen recibiendo dinero del gobierno central, pero ahora tienen un mayor margen de maniobra para decidir cómo gastar el dinero que reciben en las transferencias. Ese mayor margen se debe a su capacidad de legislar en materia de salud.

Tanto la descentralización administrativa como la funcional pueden mejorar la eficiencia del sistema, según el teorema de descentralización de Oates, cuando existen claras diferencias en las preferencias de los ciudadanos entre territorios (normalmente, porque la proporción de personas mayores en la población total es diferente según las regiones) y los efectos secundarios y las economías de escala son bastante limitados (como es el caso de la mayoría de los servicios de asistencia sanitaria, menos las vacunaciones, que es un servicio caracterizado por grandes externalidades positivas que está regulado por el gobierno central). Ahora bien, en estos dos tipos de descentralización es probable que los gobiernos subnacionales no sientan responsabilidad financiera, ya que se limitan a gastar el dinero para sus ciudadanos, no les cobran impuestos por la prestación de esos servicios.

Tabla 1: Tendencias de la desigualdad entre los gobiernos regionales

	Calidad (satisfacción)			Gasto sanitario p.c.		
	Antes	Después	Dif.	Antes	Después	Dif.
España	0,468	0,456	-0,011 * (0,007)	0,079	0,090	0,011 *** (0,002)
Italia	0,339	0,344	0,005 (0,005)	0,086	0,077	-0,009 *** (0,001)
	Capacidad fiscal			Necesidades		
	Antes	Después	Dif.	Antes	Después	Dif.
España	0,214	0,193	-0,021 *** (0,0007)	0,180	0,198	-0,018 *** (0,0008)
Italia	0,253	0,248	-0,006 *** (0,0006)	0,168	0,134	0,034 *** (0,001)

Nota: En este cuadro se indican las medias del coeficiente de variación en el período anterior a la descentralización (1998-2002(2001)) y en el período posterior (2002(2003)-2009), junto con la prueba t para la diferencia de medias. Medimos cuatro variables diferentes: satisfacción del sistema sanitario, gasto sanitario per cápita, capacidad fiscal representada por el PIB per cápita y necesidad representada por la población mayor de 65 años. Error estándar entre paréntesis. Test t de significatividad en la diferencia de medias: *** 1%, ** 5%, * 10%.

Para resolver este problema de rendición de cuentas, una tercera posibilidad sería dejar que los gobiernos subnacionales también financien parcialmente los servicios que prestan a sus ciudadanos, lo que sería una *descentralización fiscal*. Este tercer tipo de descentralización significa que las regiones tendrían capacidad de cobrar impuestos (en parte) a los ciudadanos, legislar (en parte) en materia de salud y gastar el dinero: el que recaudan con los impuestos propios y el que reciben como transferencias del gobierno central. Se piensa que esta solución organizativa aumenta la rendición de cuentas de los gobiernos locales y los hace más responsables desde el punto de vista financiero: cuantos más gastos financien con sus propios impuestos, más se sienten con la obligación de rendir cuentas (véase, entre otros, Weingast, 2009).

De acuerdo con este razonamiento, uno podría plantearse por qué cada región no tiene libertad para financiar completamente la prestación de servicios y para legislar sin restricciones en materia de atención sanitaria. Esta «descentralización completa» aumentaría ciertamente la rendición de cuentas; sin embargo, también pone sobre la mesa la cuestión de la desigualdad, siempre y cuando las regiones sean diferentes en cuanto a recursos disponibles para financiar sus propios gastos. Al pasar de la *descentralización*

administrativa a la *descentralización fiscal*, el margen de maniobra se amplía, de modo que también pueden aumentar las diferencias entre las regiones en términos de impuestos, servicios prestados y resultados de la asistencia sanitaria. Por eso, en general, las constituciones contemplan la solidaridad nacional en los estados unitarios (pero también en los federales), especialmente en materia de derechos sociales, como el derecho a la asistencia sanitaria. En cuanto a la cuestión de la desigualdad y la solidaridad entre las regiones, podemos ver claramente que se crea una tensión entre la mayor libertad que se puede asignar a las regiones (lo que comporta también rendición de cuentas) y la posibilidad de que esto pueda traducirse en resultados desiguales en materia de productos de asistencia sanitaria y resultados sanitarios.

Esta tensión suele resolverse haciendo que la prestación de servicios sanitarios sea una responsabilidad «compartida» entre el gobierno central y los gobiernos regionales. En este contexto, el papel del gobierno central suele ser garantizar un cierto grado de solidaridad e igualdad entre las circunscripciones. Esto se hace a) definiendo constitucionalmente un conjunto de servicios que deben garantizarse en todo el país (lo que se puede llamar *derechos constitucionales*) y b) poniendo a disposición de las circunscripciones con

menos recursos (mediante subvenciones de nivelación) los recursos que necesitan para prestar los servicios definidos constitucionalmente.

¿Resuelve este diseño organizativo el problema de la igualdad? En principio la respuesta sería «no». Tomemos, por ejemplo, las conclusiones de Costa-Font y Turati (2018), que comparan los gobiernos regionales de Italia y España durante un período, de 1998 a 2009, en que la descentralización se amplió. Un ejercicio empírico muy sencillo sería comparar la evolución de la desigualdad entre los gobiernos regionales en diferentes ámbitos. Esto se hace en la tabla 1, donde *antes* y *después* se refieren a acontecimientos concretos de cada país: en Italia, se refiere a la descentralización «funcional» definida en 2001, con la reforma constitucional; en España, a la finalización en 2002 del proceso de descentralización, que se extendió a todas las comunidades autónomas. La tabla también indica el coeficiente de variación.

Ante los resultados obtenidos, surgen varias observaciones. En primer lugar, la magnitud es diferente según el dominio, y las diferencias entre dominios son ciertamente mayores que los cambios a lo largo de los años. En particular, el gasto sanitario per cápita ciertamente presenta más similitudes entre los gobiernos regionales que la satisfacción de los pacientes por los servicios que reciben. Cabe notar que una desigualdad relativamente pequeña en el gasto sugiere que las subvenciones de nivelación fiscal cumplen su función. En segundo lugar, y lo que es más importante, el patrón que se observa muestra claramente que es poco probable que las soluciones organizativas expliquen las desigualdades en estos países. En España, el avance del proceso de descentralización significó un aumento marginal de la desigualdad en el gasto, a pesar de la disminución de las diferencias en las necesidades, pero esto fue acompañado por una disminución de la desigualdad relacionada con la calidad de los servicios. En Italia observamos los patrones opuestos.

¿Por qué observamos esos patrones? Una probable explicación es que los recursos se gastan a nivel local, por lo que la calidad de las instituciones locales (políticos locales, administradores de hospitales locales, personal médico) es importante para transformar el gasto en servicios adecuados para los ciudadanos. En presencia de grandes diferencias en la calidad de las instituciones locales, la equiparación del gasto no corresponde a la equiparación de los

resultados de la asistencia sanitaria, a veces ni siquiera de los productos (medidos en términos de servicios). Tan solo la innovación y la difusión de políticas estimuladas por la descentralización podrían entonces facilitar la reducción de estas desigualdades.

Una última observación: se podría pensar que la alternativa a dejar que el gobierno central organice directamente la prestación de servicios que constituyen derechos individuales sería la solución adecuada para superar las diferencias en la calidad de las instituciones locales. Pero no. La educación es una función gestionada a nivel central en Italia y, a pesar de ello, observamos grandes diferencias entre territorios (Turati et al., 2017). La explicación sería, una vez más, que los servicios se prestan a nivel local, incluso si se gestionan a nivel central. Por ende, la calidad de las instituciones locales, evidentemente, tiene su peso.

Referencias bibliográficas

- Costa-Font, J. y Greer, S. (Eds.) (2013): *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*. Hampshire, UK: Palgrave MacMillan.
- Costa-Font, J. y Turati, G. (2018): "Regional healthcare decentralization in unitary states: equal spending, equal satisfaction?". *Regional Studies*, 52(7), 974-985.
- Saltman, R. B.; Bankauskaite, V. y Vrangbaek, K. (Eds.) (2007): *Decentralization in healthcare. Strategies and outcomes*. Berkshire, UK: Open University Press, McGraw-Hill House.
- Turati, G.; Montolio, D. y Piacenza, M. (2017): "Funding and School Accountability: the Importance of Private and Decentralised Public Funding for Pupil Attainment". *Fiscal Studies*, 38(4), 615-639.
- Weingast, B. (2009): "Second generation fiscal federalism: The implications of fiscal incentives". *Journal of Urban Economics*, 65(3), 279-293.



Dolores Jiménez-Rubio
Universidad de Granada



Pilar García-Gómez
Erasmus University Rotterdam

La descentralización de los sistemas sanitarios y los resultados en salud: evidencia de un experimento natural¹

Las reformas descentralizadoras se han extendido en los últimos años en países de muy diversa índole, como los países escandinavos, Italia o Reino Unido, que son países con sistemas nacionales de salud tradicionales, países de corte federal como Canadá o Suiza, e incluso en países en desarrollo como China o la India. También en España se han implementado reformas en esta dirección desde los años ochenta que han resultado en una diferenciación de la política sanitaria regional en función de las características de las Comunidades Autónomas (CCAA), bajo la coordinación y supervisión del Ministerio de Sanidad (Durán, 2011). Sin embargo, hasta la fecha no se han evaluado los efectos de estas reformas sobre la salud. Si bien la descentralización se ha llevado a cabo principalmente por motivos políticos, según la teoría económica la descentralización podría además tener efectos sobre la eficiencia, la equidad en la provisión de los servicios públicos o el crecimiento económico (Ahmad, Brosio y Tanzi, 2008).

El impacto de la descentralización resulta una cuestión empírica dado que hay argumentos (económicos) en ambas direcciones. El efecto positivo de la descentralización se basa en el supuesto de que mejora la información de los decisores sobre las necesidades locales e incentiva la corresponsabilidad política de los decisores políticos que deben responder ante sus votantes. Sin embargo, otros factores podrían contribuir a contrarrestar estos efectos. Entre ellos, la existencia de importantes externalidades en la provisión de determinados bienes como las vacunas, que po-

drían incentivar el efecto “*free rider*” o “*gorrón*”, las desequilibrios de escala, por ejemplo en la oferta hospitalaria, o los desequilibrios territoriales si la descentralización está financiada exclusivamente a través de recursos propios. Es por todo ello que resulta complicado establecer a priori el efecto de la descentralización sobre la salud.

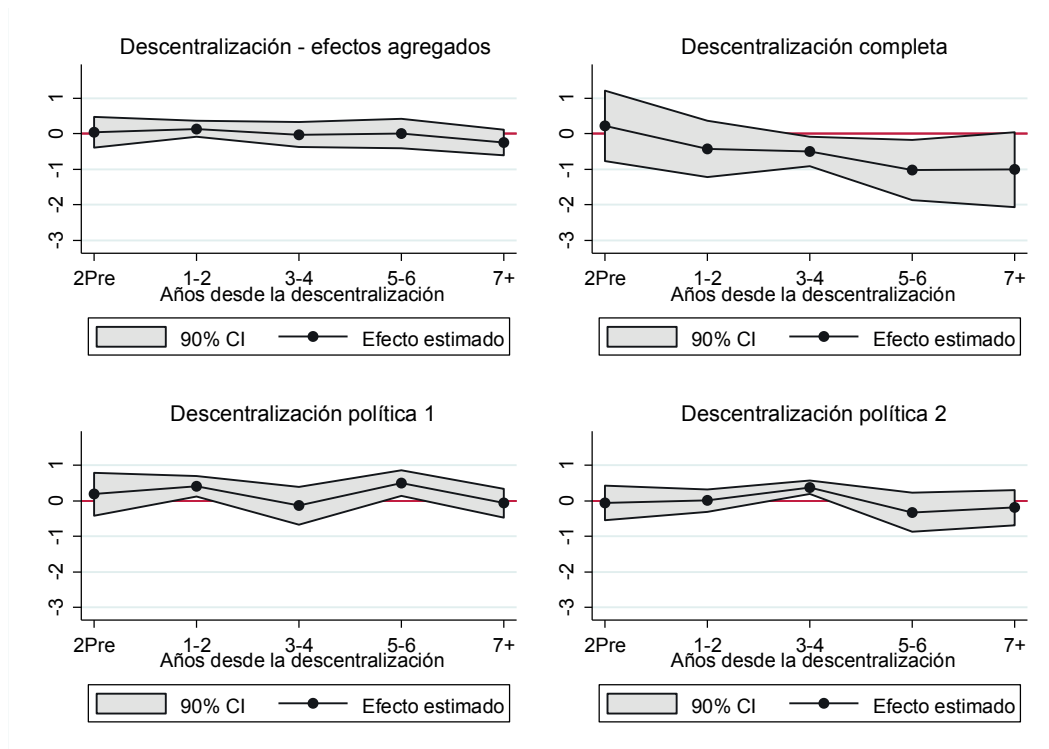
Actualmente, la literatura que analiza la relación entre descentralización fiscal y varios indicadores de salud, como es la mortalidad infantil es creciente (ver por ejemplo, Cavalieri y Ferrante, 2016; Soto, 2012). En general, los resultados de estos estudios apuntan que la descentralización fiscal está asociada con una menor mortalidad infantil, especialmente cuando la descentralización implica una corresponsabilidad fiscal amplia para las regiones en términos de autonomía en el gasto o en el ingreso. Sin embargo, posiblemente debido a la falta de datos, los resultados asociados a otros tipos de descentralización han sido escasamente estudiados hasta la fecha.

En España, la descentralización sanitaria se implementó de forma gradual desde 1981 y el orden por el cual las CCAA recibieron las transferencias en materia sanitaria se debe a motivos políticos y culturales, más que a indicadores relacionados con la salud (Rico y Costa-Font, 2005).

La implementación asimétrica de la descentralización en España permite comparar el impacto de diferentes tipos de descentralización: descentralización total (fiscal y política, financiada mediante fuentes de ingresos propios) frente a descentralización puramente política (financiada mediante transferencias en su mayoría). Según la literatura sobre

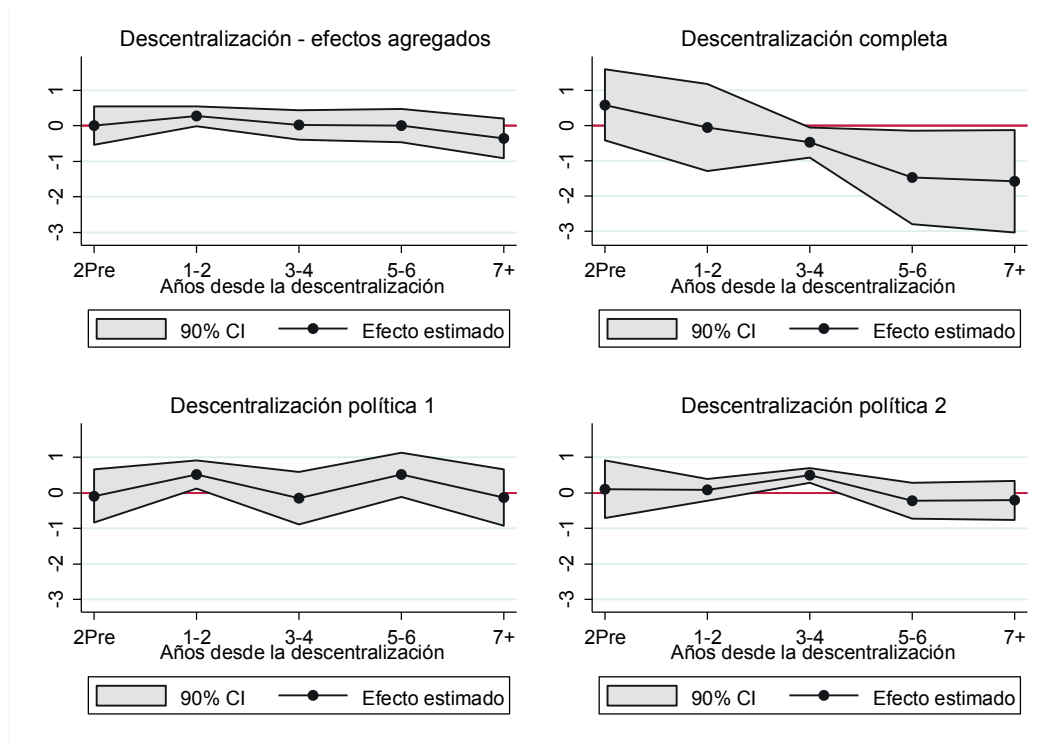
¹ Esta contribución se basa en el artículo publicado en *Social Science & Medicine*, 188 (2017) pág. 69-81

Figura 1. Efectos de la descentralización en la mortalidad neonatal



Nota: Descentralización total: Descentralización política y fiscal en regiones forales. Descentralización Política 1: Descentralización política en CCAA de vía rápida (traspaso de competencias anterior al 2002). Descentralización Política 2: Descentralización política en CCAA de vía lenta (traspaso de competencias posterior al 2002).

Figura 2. Efectos de la descentralización en la mortalidad infantil



Nota: Descentralización total: Descentralización política y fiscal en regiones forales. Descentralización Política 1: Descentralización política en CCAA de vía rápida (traspaso de competencias anterior al 2002). Descentralización Política 2: Descentralización política en CCAA de vía lenta (traspaso de competencias posterior al 2002).

federalismo fiscal, los diferentes tipos de descentralización pueden tener un impacto diferenciado en los patrones de gasto del gobierno regional (ver, por ejemplo, Liberati y Sacchi, 2013). Asimismo, distinguimos entre CCAA con descentralización principalmente política que accedieron a las competencias sanitarias antes y después del 2002, ya que en este último caso la descentralización ha implicado un incremento en la autonomía fiscal de estas regiones.

Uno de los resultados fundamentales de nuestro trabajo apunta a que en algunos casos la descentralización en España redujo de forma considerable tanto la mortalidad infantil como la neonatal (ver Figuras 1 y 2). Sin embargo, la reforma afectó única y exclusivamente a aquellas regiones con descentralización total, es decir, las regiones forales. Además, la magnitud del efecto es considerable: la descentralización en las regiones completamente descentralizadas redujo potencialmente en 1.1 y en 0.8 el número de muertes de menores de un año y de menores de un mes respectivamente por cada mil nacidos vivos. Para el resto de regiones, no se encontraron efectos significativos de la descentralización, típicamente financiada mediante transferencias y con escasos niveles de autonomía local.

Los mecanismos a través de los cuáles la descentralización permitió a las regiones forales mejorar las tasas de mortalidad infantil y neonatal son aún cuestión de estudio, y la falta de datos disponibles para profundizar en los mismos es una limitación importante.

Encontramos que cambios en los niveles de oferta (aproximados mediante la tasa de médicos por 100.000 habitantes) son un posible mecanismo explicativo de la mejora en la salud en estas CCAA, pero claramente no el único, y posiblemente ni siquiera el principal, puesto que el efecto de la descentralización se mantiene tras ajustar por la tasa de médicos.

Por otro lado, estos resultados no (solo) se deben al mayor nivel de renta de las comunidades forales, dado que la descentralización tampoco mejoró las tasas de mortalidad infantil de aquellas comunidades de mayor renta que solo llevaron a cabo la descentralización política.

Estos resultados sugieren que la descentralización puede intensificar las desigualdades entre regiones con diferentes niveles de renta, tal y como ya apuntaron estudios anteriores (por ejemplo, Soto et al., 2012). No obstante, conviene señalar que la dispersión o desigualdad inter-regional no sería consecuencia de una reducción en los resultados en salud de las regiones más pobres, sino de una mejora en los resultados de salud en algunas de las regiones más prósperas.

Es probable, a la vista de nuestros resultados, que la descentralización en las regiones forales, que disfrutaban tanto de un elevado volumen de ingresos propios como de una holgada autonomía a nivel local, haya tenido no solo un efecto considerable en los patrones de gasto local, sino que también haya servido para reforzar la visibilidad política de los gobiernos locales y su capacidad de respuesta a las necesidades locales (Rodden, 2003). De hecho, las regiones forales han sido pioneras en la implementación de medidas sanitarias estrechamente vinculadas con la mortalidad infantil y neonatal, como la extensión de la cobertura a toda la población, incluyendo a niños, inmigrantes e individuos de escasos recursos (Rico, 1998).

Los resultados de nuestro estudio deben tomarse con cautela; no necesariamente se debe concluir que la descentralización por sí misma es siempre beneficiosa. En el caso de España, la descentralización, junto con otras reformas de calado orientadas a la universalización sanitaria implementadas a finales de los ochenta y principios de los noventa, habrían estimulado los beneficios de esta reforma en las regiones que recibieron las competencias sanitarias tanto en materia fiscal como política durante el mismo periodo. Aunque nuestro trabajo aporta evidencia que la salud mejora tras las reformas de descentralización incluso tras ajustar por indicadores de oferta, no podemos explorar los mecanismos exactos que están detrás de nuestros resultados por limitaciones de los datos.

Referencias bibliográficas

- Ahmad, E.; Brosio, G. y Tanzi, V. (2008): "Local service provision in selected OECD countries: do decentralized services work better?". IMF Working Paper 08/67. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp0867.pdf>
- Cavalieri, M. y Ferrante, L. (2016): "Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from infant mortality in Italy". *Social Science & Medicine*, 164, 74-88. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616303719>
- Durán, A. (2011): "Health system decentralization in Spain: a complex balance". Euro Observer, 13(1). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135664/EuroObserver13_1.pdf
- Liberati, P. y Sacchi, A. (2013): "Tax decentralization and local government size". *Public Choice*, 157(1), 183-

205. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11127-012-9937-9>

Nolte, E.; Bain, C. y McKee, M. (2010): "Population Health", en: Smith, P.; Mossialos, E.; Papanicolas, I. y Leatherman, S. (Eds.), *Performance measurement for health system improvement*. Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/books/performance-measurement-for-health-system-improvement/81C4581EA9DDA3E0F637E9DC8F94BB71>

Rico, A. y Costa-Font, J. (2005): "Power rather than path dependency? The dynamics of institutional change under health care federalism". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1), 231-252. <https://read.dukeupress.edu/jhppl/article-abstract/30/1-2/231/93450/Power-Rather-Than-Path-Dependency-The-Dynamics-of?redirectedFrom=fulltext>

Rico Gómez, A. (1998): "Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996). Intensidad De Preferencias Y Autonomía Política Como Condiciones Para El Buen Gobierno". Tesis, Universidad Autónoma de Madrid. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/131121>

Rodden, J. (2003): "Reviving Leviathan: Fiscal Federalism and the Growth of Government". *International Organization*, 57, 695-729. <https://www.cambridge.org/core/journals/international-organization/article/reviving-leviathan-fiscal-federalism-and-the-growth-of-government/15B14863E625FB2BD34D6F91F933AA87>

Soto, V. E.; Farfan, M. I. y Lorant, V. (2012): "Fiscal decentralization and infant mortality rate: the Colombian case". *Social Science and Medicine*, 74(9), 1426-1434. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612001153?via%3Dihub>

Costa-Font, Joan

Joan Costa-Font es profesor titular (Reader) del Departamento de Política Sanitaria y el Instituto Europeo de la London School of Economics (LSE). Ha sido *Harkness Fellow* en la Harvard University y *Visiting Fellow* en Université Paris-Dauphine, University College London (UCL), Boston College, Oxford University, Università Cattolica y University of Munich (LMU). Tiene tres licenciaturas: Economía, Derecho, y Ciencias Políticas, por la Universidad de Barcelona; dos másteres: Economía por la Universidad Pompeu Fabra y Política Sanitaria Internacional (especializado en economía de la salud y economía pública) por la London School of Economics; y es doctor en Economía (especializado en economía de la salud) por la Universidad de Barcelona. Le dieron la beca posdoctoral Marie Curie en la LSE y, antes de incorporarse a la LSE en 2007, fue profesor titular (y catedrático en excedencia en 2010) de Economía Aplicada en la Universidad de Barcelona.

García-Gómez, Pilar

Pilar García-Gómez es profesora titular en la Erasmus School of Economics de Rotterdam, Países Bajos. Se licenció en Economía y se doctoró en la Universidad Pompeu Fabra. Su investigación se centra en el área de economía de la salud y, en particular, en el estudio de las desigualdades en salud y la evaluación de los efectos de políticas sanitarias, sociales y laborales sobre la salud. Ha publicado sus artículos científicos en revistas como *Journal of Human Resources*, *Journal of Health Economics*, *Health Economics*, *Labour Economics* o *Social Science and Medicine*, y ha participado en capítulos de libros publicados, entre otros, por University of Chicago Press. Actualmente es editora asociada de *Health Economics* y *Fellow* del Tinbergen Institute y de Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement (Netspar).

Jiménez-Rubio, Dolores

Dolores Jiménez-Rubio es licenciada en Economía por la Universidad de Granada, tiene un máster en Economía Pública y es doctora en Economía por la University of York (Reino Unido). Desde enero de 2012 es profesora titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada. Sus líneas de investigación principales son la economía de la salud y la hacienda pública, ámbitos en los que ha publicado diversos trabajos en revistas de reconocido prestigio nacional e internacional. Ha sido profesora visitante en el Centro de Economía de la Salud de la University of York y la London School of Economics. Recientemente ha obtenido el premio al mejor artículo en economía de la salud otorgado por la Asociación Española de Economía de la Salud.

Turati, Gilberto

Gilberto Turati es profesor de Finanzas Públicas del Departamento de Economía y Finanzas de la Facultad de Economía de la Università Cattolica del Sacro Cuore. Es doctor en Finanzas por la Università Cattolica del Sacro Cuore y tiene un máster en Economía por la University of York (Reino Unido). Antes de unirse a la Università Cattolica, trabajó como *ricercatore* (2002-2011) y como *professore associato* (2011-2016) en la Università di Torino, Facultad de Economía. Su investigación se encuentra en la intersección de las áreas de la economía de la salud, la economía regional, la organización industrial y la economía política. Ha publicado varios artículos en revistas como: *Journal of Health Economics*, *Health Economics*, *Regional Science and Urban Economics*, *Regional Studies*, *the Journal of the Royal Statistical Society (Series A)*, *the Journal of Money, Credit and Banking*, *Energy Economics*. Fue miembro del Consejo de la European Public Choice Society (EPCS) durante el período 2012-2015 y actualmente es miembro del Consejo de la Società Italiana di Economia Pubblica (SIEP).

Vall Castelló, Judit

Judit Vall Castelló es una economista aplicada que se ha especializado en el análisis de métodos econométricos y cuantitativos. Tiene una licenciatura en Economía por la Universidad Autónoma de Barcelona, un máster por la University of Essex y un doctorado por la Maastricht University, que cursó con una beca Marie Curie. Ha realizado estancias de investigación predoctoral en el Instituto de Investigación Económica y Social de la Universidad de Essex, en la Toulouse School of Economics y en la State University of New York, Stony Brook University, con una beca Fulbright-Schuman. Obtuvo la beca posdoctoral Robert Solow otorgada por el *Centre Cournot* para la investigación económica de París y ha impartido clases en universidades de España, Países Bajos y México. Su investigación actual se centra en el análisis del impacto de las políticas públicas y los sistemas de pensiones sobre decisiones de mercado de trabajo, así como sobre la salud, y ha publicado en revistas como: *Economic Journal*, *Health Economics*, *Journal of Public Economics*, *Labour Economics* o *Economics of Education Review*, entre otras. Actualmente es profesora (lector) en el Departamento de Economía de la Universidad de Barcelona e investigadora en el Instituto de Economía de Barcelona (IEB), el Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra y el Institute of Labor Economics (IZA).

Economia de la salut: prestació de serveis en sistemes de salut descentralitzats

L'Institut d'Economia de Barcelona (IEB) és un centre de recerca en Economia que té com a objectius fomentar i divulgar la recerca en economia, així com contribuir al debat i a la presa de les decisions de política econòmica.

La recerca dels seus membres se centra principalment a les àrees del federalisme fiscal; l'economia urbana; l'economia de les infraestructures i el transport; l'anàlisi de sistemes impositius; les polítiques públiques; i la sostenibilitat energètica.

Creat en 2001 en el si de la Universitat de Barcelona i reconegut per la Generalitat de Catalunya, l'IEB va rebre un important impuls en 2008 amb la constitució de la Fundació IEB (en la qual hi col·laboren Abertis, Agbar, La Caixa, Naturgy Energy, Ajuntament de Barcelona, Diputació de Barcelona, Universitat de Barcelona i la Universitat Autònoma de Barcelona). També acull la Càtedra de Sostenibilitat Energètica de la UB (finançada per la Fundació per a la Sostenibilitat Energètica i Ambiental) i la Càtedra UB Smart Cities.

A més de realitzar activitats relacionades amb la recerca acadèmica, l'IEB pretén donar a conèixer i difondre la recerca realitzada mitjançant l'organització de simposis i jornades, així com de diverses publicacions entre les quals cal destacar cada any l'Informe IEB sobre Federalisme Fiscal i Finances Públiques. L'IEB Report que el lector té a les seves mans, forma part d'aquest informe, si bé amb una periodicitat major i un contingut més àgil per poder adaptar-se millor a la canviant actualitat.

Les opinions expressades en l'Informe no reflecteixen les opinions de l'IEB.

Més informació www.ieb.ub.edu



Judit Vall Castello
Institut d'Economia de Barcelona (IEB)
Universitat de Barcelona

Economia de la salut: prestació de serveis en sistemes de salut descentralitzats

Des de principis dels anys noranta els governs centrals d'alguns països de l'OCDE han iniciat un procés de descentralització de certes competències. Hi ha arguments que aconsellen la descentralització d'algunes de les polítiques en termes d'eficiència. Per exemple, pot ser que els governs locals coneguin millor les necessitats dels ciutadans de la seva regió o que la descentralització faciliti la participació i la supervisió ciutadana, entre d'altres. Una de les competències estatals que s'ha inclòs en aquest procés de descentralització és la sanitat pública.

L'objectiu d'aquest informe és avaluar alguns dels efectes de la descentralització dels serveis de salut pública, aportant dades de països que ja han implementat les reformes. És un àmbit en què no hi ha moltes dades empíriques, principalment per la dificultat d'establir un vincle directe entre el procés de descentralització del sistema de salut i les variables que es volen estudiar. De fet, el procés de descentralització d'un sistema de grans dimensions, com ara el sanitari, no es pot dur a terme de manera immediata; sol durar diversos anys i això complica la situació quan es miren d'establir les causes del procés. En qualsevol cas, tot i que es tracta d'un àmbit relativament inexplorat, en aquest informe trobarem tres de les contribucions més rellevants de l'economia de la salut.

A la primera de les contribucions, Joan Costa-Font introdueix el marc dels efectes teòrics que es poden esperar de processos de descentralització del sistema de salut, i fa una revisió de les publicacions que analitzen els efectes sobre la diversitat regional, la innovació i l'impacte sobre la dicotomia públic-privat que generen els processos de descentralització sanitària. Costa-Font se centra en el cas de dos països: el Regne Unit i Espanya. Malgrat tenir

experiències i estructures diferents, aquests països han dut a terme processos de descentralització importants en la provisió dels serveis sanitaris. Així, després d'explicar les principals diferències entre els sistemes, l'autor demostra que, en cap dels dos casos, la descentralització ha ampliat les desigualtats regionals en el funcionament del sistema. De fet, en el cas espanyol, s'hi observa una reducció de les diferències, perquè el nou sistema descentralitzat s'adapta millor a les preferències regionals dels ciutadans (en termes de prestació de serveis sanitaris), sense que això augmenti les desigualtats entre regions amb el funcionament del sistema. En el seu article, Costa-Font també aporta dades que demostren que en certes regions la descentralització promou la innovació sanitària i que aquestes regions creen exemple per a la resta del país, amb la qual cosa tot plegat té efectes positius sobre la innovació en l'àmbit estatal. Finalment, un aspecte també molt important: l'autor explica que la descentralització té un impacte positiu sobre la satisfacció dels usuaris del sistema sanitari i, per tant, disminueix la doble cobertura amb assegurances privades per complementar la prestació sanitària pública.

Pel que fa a la contribució de Gilberto Turati, explora de manera més intensa els efectes de la descentralització del sistema de salut públic sobre diverses dimensions de la desigualtat, tot comparant els processos d'Espanya i d'Itàlia. Els efectes són clarament diferents en aquests dos països: mentre que a Espanya la descentralització comporta un petit augment de les desigualtats en despesa sanitària entre regions, es produeix una clara reducció de les desigualtats en la qualitat del servei prestat. A Itàlia, però, els efectes són exactament els contraris. Així, Gilberto Turati ens explica per què els resultats de la descentralització són diferents en funció del país.

L'última contribució d'aquest informe, signada per Dolores Jiménez-Rubio i Pilar García-Gómez, analitza l'impacte de la descentralització del sistema de salut públic espanyol en la mortalitat infantil i neonatal en hospitals de titularitat pública. Les autores mostren de manera contundent que la descentralització sanitària implica importants reduccions en la mortalitat infantil i neonatal, encara que aquests efectes només es detecten en les regions amb descentralització total. A la part final, ens exposen alguns dels mecanismes que podrien explicar aquests resultats.

Les tres contribucions presenten les principals conclusions de les publicacions sobre els efectes de la descentralització del servei de salut públic, tant per al cas espanyol com per a d'altres països europeus que també han passat per aquest procés. Segons les dades, no sembla que els resultats siguin negatius i sí que s'evidencien millores en alguns àmbits de la salut. De tota manera, cal aprofundir en la recerca per poder extreure conclusions globals i generals de l'impacte de la descentralització en l'àmbit sanitari.



Joan Costa-Font
London School of Economics (LSE)

La descentralització de l'assistència sanitària de dos sistemes sanitaris públics: diversitat, innovació i privatització

L'assistència sanitària és la competència de servei públic que més deleguen els governs regionals dels Estats membres de la Unió Europea (Costa-Font i Greer, 2013). Tant en estats unitaris (Itàlia, Espanya i el Regne Unit, entre d'altres) com en estats federals (com Alemanya i Bèlgica), l'assistència sanitària s'assigna als governs subcentrals com un paquet de finançament públic. Això és especialment cert en sistemes que es financen mitjançant impostos i en què el finançament està organitzat per les autoritats sanitàries públiques d'acord amb un mecanisme de pagador únic. Als Estats Units, Baicker et al. (2010) documenten que la major part de la descentralització de les competències en matèria de polítiques públiques es produeix en l'àmbit de la salut, la qual cosa implica un complex entramat i disseny de subvencions federals per fomentar que les accions estatals es duguin a terme pensant en l'eficiència i la innovació.

La descentralització de l'assistència sanitària ha plantejat una sèrie d'interrogants respecte a la diversitat i la cohesió regional dels serveis de sanitat pública, i s'han fet estudis que revisen l'efecte de la descentralització de l'atenció sanitària sobre les desigualtats regionals (Costa-Font i Turati, 2017; Costa-Font i Rico, 2006b). En aquest sentit, un dels principals arguments a favor de la descentralització és el paper de la innovació: els serveis de salut regionals esdevenen laboratoris d'innovació i difusió de política sanitària (Costa-Font i Rico, 2006a) i poden oferir un cert marge d'elecció dins el sistema per ajustar-se a les preferències i necessitats d'atenció sanitària (Oates, 1972).

Aquest article repassa breument tres característiques dels estudis sobre descentralització de l'assistència sanitària: l'efecte de la descentralització en la diversitat regional,

en la innovació de polítiques i en l'enfortiment de la naturalesa pública dels sistemes sanitaris de nombrosos països d'Europa occidental. Ens centrarem en les dades de dos sistemes públics de salut: el Regne Unit i Espanya. Al Regne Unit, les tres administracions descentralitzades reben una única assignació del Parlament del Regne Unit (Westminster) i són elles les que decideixen la proporció que assignen al servei públic de salut, a assistència social, a educació, etcètera. Això és similar al que passa a Espanya, on les comunitats reben subvencions en bloc del Govern espanyol (a excepció del País Basc i Navarra, que són totalment responsables fiscalment i que recapten els seus propis impostos). El sistema espanyol i el britànic difereixen en el sentit que, un cop feta la descentralització, el Regne Unit no té una institució per a tot el país que coordini aquesta mena d'estructura federal. A Espanya, però, això no és així: el Ministeri de Sanitat exerceix algunes funcions de coordinació importants, a més de proporcionar informació. L'única excepció en què el Regne Unit i Espanya són comparables en aquest sentit és que el Ministeri de Sanitat anglès exerceix algunes funcions en tot el Regne Unit en nom de les tres administracions descentralitzades en matèria de relacions internacionals que afecten el Servei Nacional de Salut britànic (NHS). Cal assenyalar que, igual que en el cas espanyol, les assemblees descentralitzades i el Parlament escocès al Regne Unit es trien sobre una base totalment diferent a la del Parlament de Westminster, amb diferents formes de representació proporcional, fet que pot afectar la naturalesa de les polítiques adoptades en les administracions descentralitzades. És a dir, les majories polítiques en les assemblees descentralitzades no necessàriament reproduïen els resultats electorals de les eleccions nacionals.

Diversitat regional i innovació en les polítiques

A l'hora de defensar un model o altre de governança, és fonamental plantejar-se l'efecte sobre la desigualtat regional (Costa-Font i Rico, 2006b; Costa-Font i Turati, 2018). Saber si els serveis sanitaris centralitzats redueixen la diversitat del sistema sanitari és clarament una qüestió empírica. Això últim és especialment cert si tenim en compte que, sovint, l'activitat d'assistència sanitària i, de manera més general, la demanda de serveis públics escapa al control del govern; fixem-nos, per exemple, en les preferències d'atenció sanitària dels pacients i els metges, el que més valoren de les prestacions del sistema sanitari. Això s'explica, almenys en part, per les diferències i les necessitats (una major concentració de gent gran, per exemple, pot redundar en demanda de rehabilitació, entre d'altres). D'altra banda, hi ha importants pressions a favor d'una major igualtat, ja que els sindicats mèdics del Regne Unit i Espanya han demanat en ocasions l'equiparació de les condicions laborals dels professionals que treballen per al sistema sanitari públic, al·legant una possible fragmentació del sistema i la necessitat de reforçar la gestió del Ministeri de Sanitat.

La descentralització no ha augmentat les desigualtats regionals ni a Espanya ni al Regne Unit; de fet, a Espanya s'observa una reducció significativa de les disparitats regionals (Costa-Font i Greer, 2013). En particular, la descentralització ha contribuït a abordar les preferències regionals en matèria d'assistència sanitària, com ho demostra la disminució de la desigualtat a Espanya i el Regne Unit. Això també coincideix amb Costa-Font i Turati (2018), que, després de la descentralització, constaten

una reducció de les disparitats regionals tant a Espanya com a Itàlia, respectivament. Entre els possibles arguments destaca el paper de la innovació en matèria de polítiques, que comporta una emulació que dona molt bons resultats, i un menor efecte dels punts de veto. Concretament, la descentralització ha permès que Gal·les, Escòcia i Irlanda del Nord puguin adaptar alguns punts a les seves preferències (eliminar despeses de receptes, assistència de llarga durada de forma gratuïta a Escòcia, entre d'altres). Conseqüentment, l'informe de Bevan *et al.* (2014) sobre els resultats de l'assistència sanitària al Regne Unit després de la descentralització conclou que «no sembla que la creixent divergència de polítiques des de la descentralització vagi associada a una divergència equivalent en els resultats». El fet que l'assistència sanitària estigui descentralitzada no sembla limitar la capacitat dels governs descentralitzats per satisfer les preferències regionals i, per tant, fer front a la desigualtat regional, com s'ha vist al Regne Unit.

Finalment, amb la cohesió regional en ment, el cas d'alguns països, com Espanya, demostra que la descentralització pot iniciar una dinàmica de «seguir el líder», en què les regions apliquen noves reformes que, al seu torn, donen lloc a innovació en les polítiques. Per exemple, al País Basc, Navarra i Catalunya van posar en pràctica un nou servei d'assistència dental infantil i una acurada coordinació entre sanitat i assistència social; més tard, aquesta iniciativa es va ampliar a tot el país, i es va reduir la desigualtat regional (Costa-Font i Rico, 2006b). Certes dades confirmen el mateix per al Regne Unit. Les llistes d'espera de Gal·les, més llargues que les d'Anglaterra, van portar el govern de l'Assemblea de Gal·les a prioritzar la reducció de les

Gràfic 1: Percepció del sistema sanitari públic (més persones refereixen una millor percepció)



Font: Costa-Font and Ferrer+Carbonell (2017), càlculs a partir de Baròmetre Sanitari, diversos anys.

l·listes d'espera. Quan el govern d'Escòcia va veure els resultats obtinguts a Anglaterra, també es van prendre més seriosament les l·listes d'espera.

Privatització

La descentralització de l'assistència sanitària pot tenir un mecanisme incorporat per ajustar certes preferències regionals específiques, fet que constitueix una alternativa a la privatització. En aquest sentit, l'experiència espanyola resulta especialment interessant, ja que —tret de dues regions— en tots els casos s'afrontaven les mateixes restriccions financeres (López-Casasnovas et al., 2005). Això permet examinar l'efecte de la descentralització en l'ús i la satisfacció del sistema sanitari públic i en l'ús de l'assistència sanitària privada i les assegurances de salut privades. Si bé el sistema sanitari públic finança la major part de l'assistència sanitària a Espanya, el nombre de persones que s'acull a la duplicació de la cobertura mitjançant la contractació d'una assegurança mèdica privada és significatiu i va a més.

Ara bé, també cal destacar que la descentralització de l'assistència sanitària augmenta la satisfacció pel que fa als serveis prestats. En l'estudi de Costa-Font i Ferrer-i-Carbonell (2017) s'utilitza una metodologia de diferències en diferències: es comparen les set regions descentralitzades abans de 2002 (grup de control) amb les descentralitzades l'any 2002 (grup de tractament). El gràfic 1 mostra tendències coherents amb aquest efecte: és menys probable que les persones contractin una assegurança de salut privada i que recorrin al sector privat després de la descentralització de 2002. En general, els resultats ratifiquen la tesi que la «descentralització» proporciona una alternativa als «mecanismes de rendició de comptes existents» en el sistema de salut.

Conclusió

La descentralització de les competències d'assistència sanitària als governs regionals és una reforma institucional considerable que té conseqüències importants per als sistemes sanitaris. Les dades suggereixen que, si bé augmenta la complexitat del sistema, hi ha motius per argumentar que no compromet la cohesió regional, sinó que incentiva la innovació i l'emulació de polítiques i que, a més, és un instrument que desanima el recurs a l'assistència sanitària privada i a les assegurances de salut privades, i que fa que les persones continuïn fent servir la sanitat pública.

Referències bibliogràfiques

- Baicker, K. i J. Skinner (2010): "Healthcare spending growth and the future of U.S. tax rates". Preparat per a la Tax Policy and the Economy Conference, 23 de setembre de 2010.
- Bevan, G.; Karanikolos, M.; Exley, J.; Nolte, E.; Connolly, S. i Mays, N. (2014): The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? Disponible a: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/revised_4_countries_report.pdf. [Últim accés: 20 de març de 2015].
- Costa-Font, J. i Ferrer-i-Carbonell, A. (2017): "Can regional decentralisation shift health care preferences?". IZA Working Paper.
- Costa-Font, J. i Greer, S. L. (2013): "Territory and health: perspectives from economics and political science", a: Costa-Font, J. i Greer, S. L. (Eds.), *Federalism and Decentralisation in European Health and Social Care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 13-35.
- Costa-Font, J. i Rico, A. (2006a): "Vertical competition in the Spanish national health system (NHS)". *Public Choice*. 128, 477-498.
- Costa-Font, J. i Rico, A. (2006b): "Devolution and the inter-regional inequalities in health and healthcare in Spain". *Regional Studies*. 40(8), 875-887.
- Costa-Font, J. (2010): "Does devolution lead to regional inequalities in welfare activity?". *Environment and Planning C: Government and Policy*, 28, 435-449.
- Costa-Font, J. i Turati, G. (2018): "Regional healthcare decentralization in unitary states: equal spending, equal satisfaction?". *Regional Studies*, 52(7), 974-985.
- Lopez-Casasnovas, G.; Costa-Font, J. i Planas, I. (2005): "Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of healthcare services'". *Health Economics*, 14(S1), S221-S235.
- Oates, W. (1972): *The Political Economy of Federalism*. Lexington, MA.: Lexington Books.



Gilberto Turati
Universit  Cattolica del Sacro Cuore

Descentralització en estats unitaris: impactes sobre la desigualtat en els resultats i productes sanitaris

La descentralització de l'assistència sanitat ria és una solució organitzativa que ha despertat l'inter s d'acadèmics i responsables de la formulació de polítiques públiques d'arreu del món (p. ex., Costa-Font i Greer, 2013; Saltman et al., 2007). *Descentralització* pot tenir diversos significats, però sempre implica una certa transferència de poder des del govern central fins als nivells inferiors de govern, segons l'estructura jer rquica de cada estat.

En relació amb el tema específic de l'assistència sanitat ria, en estats unitaris com Itàlia i Espanya la descentralització vol dir que els governs de Roma i Madrid cedeixen part de les seves competències als governs regionals: les *regioni* i les comunitats autònomes, respectivament. Aquestes competències poden estar relacionades amb l'organització de la prestació de serveis a nivell local, el pagament als hospitals o altres proveïdors de serveis sanitaris, o fins i tot la recaptació dels impostos als ciutadans per finançar la prestació d'aquests serveis. Depenent de fins on arriben les competències del govern subnacional, podem tenir diferents «tipus» de descentralització.

Una primera possibilitat seria que els governs subnacionals es limitessin a la prestació de serveis, el que s'anomena *descentralització administrativa*. Aquesta opció organitzativa implica que la legislació sanitat ria es defineix només a nivell nacional, el govern central transfereix als governs regionals tots els diners que necessiten per prestar els serveis a través de subvencions específiques, i els governs regionals són els encarregats de gastar aquests diners. Una segona possibilitat seria deixar que els governs subnacionals també legislessin en part sobre qüestions d'assistència sanitat ria, dins del marge que la legislació marc (definida en el nivell central) permeti al nivell subnacional. Es tractaria d'una *descentralització funcional*, que significa que els governs subnacionals tenen competències parcials per legislar en matèria d'«assistència sanitat ria». Aquest segon tipus de descentralització implica que els governs regionals continuen rebent diners del govern central, però ara tenen més marge de maniobra per decidir com gastar els diners que reben en les transferències. Aquest marge més gran es deu a la seva capacitat de legislar en matèria de salut.

Tant la descentralització administrativa com la funcional poden millorar l'eficiència del sistema, segons el teorema de descentralització d'Oates, quan hi ha clares diferències en les preferències dels ciutadans entre territoris (normalment, perquè la proporció de gent gran pel que fa a la població total és diferent segons les regions) i els efectes secundaris i les economies d'escala són força limitats (com és el cas de la majoria dels serveis d'assistència sanitat ria, menys les vacunacions, que és un servei caracteritzat per grans externalitats positives que està regulat pel govern central). Ara bé, amb aquests dos tipus de descentralització és probable que els governs subnacionals no tinguin la sensació de tenir responsabilitat financera, ja que es limiten a gastar els diners per als seus ciutadans, però no els cobren impostos per a la prestació d'aquests serveis.

Per resoldre aquest problema de rendició de comptes, una tercera possibilitat seria deixar que els governs subnacionals també financessin parcialment els serveis que presten als ciutadans, el que seria una mena de *descentralització fiscal*. Aquest tercer tipus de descentralització significa que les regions tindrien capacitat de cobrar impostos (en part) als ciutadans, legislar (en part) en matèria de salut i gastar els diners: el que recaptin amb els impostos propis i el que reben com a transferències del govern central. Es pensa

Taula 1: Tendències de la desigualtat entre els governs regionals

	Qualitat (satisfacció)			Despesa sanitària p, c,		
	Abans	Després	Dif.	Abans	Després	Dif.
Espanya	0,468	0,456	-0,011* (0,007)	0,079	0,090	0,011*** (0,002)
Itàlia	0,339	0,344	0,005 (0,005)	0,086	0,077	-0,009*** (0,001)

	Fiscal capacity			Needs		
	Abans	Després	Dif.	Abans	Després	Dif.
Espanya	0,214	0,193	-0,021*** (0,0007)	0,180	0,198	-0,018*** (0,0008)
Itàlia	0,253	0,248	-0,006*** (0,0006)	0,168	0,134	0,034*** (0,001)

Nota: En aquest quadre s'indiquen les mitjanes del coeficient de variació en el període anterior a la descentralització (1998-2002 (2001)) i en el període posterior (2002 (2003) -2009), juntament amb la prova t per a la diferència de mitjanes. Mesurem quatre variables diferents: satisfacció del sistema sanitari, despesa sanitària per càpita, capacitat fiscal representada pel PIB per càpita i necessitat representada per la població més gran de 65 anys. Error estàndard entre parèntesis. Test t de significança en la diferència de mitges: *** 1%, ** 5%, * 10%.

que aquesta solució organitzativa augmenta la rendició de comptes dels governs locals i els fa més responsables des del punt de vista financer: com més despeses financin amb els seus propis impostos, més se sentiran amb l'obligació de retre comptes (vegeu, entre d'altres, Weingast, 2009).

D'acord amb aquest raonament, un es podria plantejar per què cada regió no té llibertat per finançar completament la prestació de serveis i per legislar sense restriccions en matèria d'atenció sanitària. Aquesta «descentralització completa» augmentaria certament la rendició de comptes; ara bé, també posaria sobre la taula la qüestió de la desigualtat, sempre que les regions fossin diferents pel que fa a recursos disponibles per finançar les seves pròpies despeses. En passar de la *descentralització administrativa* a la *descentralització fiscal*, el marge de maniobra s'amplia, de manera que també poden augmentar les diferències entre les regions en termes d'impostos, serveis prestats i resultats de l'assistència sanitària. Per això, en general, les constitucions contemporen la solidaritat nacional en els estats unitaris (i també en els federals), especialment en matèria de drets socials, com és el cas del dret a l'assistència sanitària. Pel que fa a la qüestió de la desigualtat i la solidaritat entre les regions, podem veure clarament que es crea una tensió entre la llibertat que es pot assignar a les regions (el que comporta també rendició de comptes) i la possibilitat que

això es pugui traduir en resultats desiguals en matèria de productes d'assistència sanitària i resultats sanitaris.

Aquesta tensió se sol resoldre fent que la prestació de serveis sanitaris sigui una responsabilitat «compartida» entre el govern central i els governs regionals. En aquest context, el paper del govern central sol ser garantir un cert grau de solidaritat i igualtat entre les circumscripcions. Això es fa a) definint constitucionalment un conjunt de serveis que s'han de garantir a tot el país (el que se sol anomenar *drets constitucionals*) i b) posant a disposició de les circumscripcions amb menys recursos (mitjançant subvencions d'anivellament) els recursos que necessiten per prestar els serveis definits constitucionalment.

Resol aquest disseny organitzatiu el problema de la igualtat? En principi la resposta seria «no». Prenguem, per exemple, les conclusions de Costa-Font i Turati (2018), que comparen els governs regionals d'Itàlia i Espanya durant un període, de 1998 a 2009, quan la descentralització es va ampliar. Un exercici empíric molt senzill seria comparar l'evolució de la desigualtat entre els governs regionals en diferents àmbits. Això es fa a la taula 1, on *abans* i *després* es refereixen a esdeveniments concrets de cada país: a Itàlia, es refereix a la descentralització «funcional» definida el 2001, amb la reforma constitucional; a Espanya, a la fi-

nalització l'any 2002 del procés de descentralització, que es va estendre a totes les comunitats autònomes. La taula també n'indica el coeficient de variació.

Amb els resultats obtinguts, sorgeixen diverses observacions. En primer lloc, la magnitud és diferent segons el domini, i les diferències entre dominis són certament més grans que els canvis al llarg dels anys. En particular, la despesa sanitària per càpita certament presenta més similituds entre els governs regionals que la satisfacció dels pacients pels serveis que reben. Cal notar que una desigualtat relativament petita en la despesa suggereix que les subvencions d'anivellament fiscal compleixen la seva funció. En segon lloc, i el que és més important, el patró que s'observa mostra clarament que és poc probable que les solucions organitzatives expliquin les desigualtats en aquests països. A Espanya, el progrés del procés de descentralització va significar un augment marginal de la desigualtat en la despesa, tot i la disminució de les diferències en les necessitats, però això va anar acompanyat d'una disminució de la desigualtat relacionada amb la qualitat dels serveis. A Itàlia observem els patrons oposats.

Per què observem aquests patrons? Una probable explicació és que els recursos es gasten a nivell local, de manera que la qualitat de les institucions locals (polítics locals, administradors d'hospitals locals, personal mèdic) és important per transformar la despesa en serveis adequats per als ciutadans. En presència de grans diferències en la qualitat de les institucions locals, l'equiparació de la despesa no es tradueix en l'equiparació dels resultats de l'assistència sanitària, de vegades ni tan sols dels productes (mesurats en termes de serveis). Tan sols la innovació i la difusió de polítiques estimulades per la descentralització podrien llavors facilitar la reducció d'aquestes desigualtats.

Una darrera observació: es podria pensar que l'alternativa a deixar que el govern central organitzi directament la prestació de serveis que constitueixen drets individuals seria la solució adequada per superar les diferències en la qualitat de les institucions locals. Però no. L'educació és una funció gestionada a nivell central a Itàlia i, tot i això, observem grans diferències entre territoris (Turati et al., 2017). L'explicació seria, un cop més, que els serveis es presten a nivell local, fins i tot si es gestionen a nivell central. Per tant, la qualitat de les institucions locals, evidentment, té el seu pes.

Referències bibliogràfiques

- Costa-Font, J. i Greer, S. (Eds.) (2013): *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*. Hampshire, UK: Palgrave MacMillan.
- Costa-Font, J. i Turati, G. (2018): "Regional healthcare decentralization in unitary states: equal spending, equal satisfaction?". *Regional Studies*, 52(7), 974-985.
- Saltman, R. B.; Bankauskaite, V. i Vrangbaek, K. (Eds.) (2007): *Decentralization in healthcare. Strategies and outcomes*. Berkshire, UK: Open University Press, McGraw-Hill House.
- Turati, G.; Montolio, D. i Piacenza, M. (2017): "Funding and School Accountability: the Importance of Private and Decentralised Public Funding for Pupil Attainment". *Fiscal Studies*, 38(4), 615-639.
- Weingast, B. (2009): "Second generation fiscal federalism: The implications of fiscal incentives". *Journal of Urban Economics*, 65(3), 279-293.



Dolores Jiménez-Rubio
Universidad de Granada



Pilar García-Gómez
Erasmus University Rotterdam

La descentralització dels sistemes sanitaris i els resultats en salut: evidència d'un experiment natural¹

En els darrers anys s'han dut a terme reformes descentralitzadores en països molt diferents: països amb sistemes nacionals de salut tradicionals, com ara els països escandinaus, Itàlia o el Regne Unit; països federals, com el Canadà o Suïssa, i fins i tot països en desenvolupament, com la Xina o l'Índia. També a Espanya s'han dut a terme reformes en aquest sentit des dels anys vuitanta, que s'han traduït en una diferenciació de la política sanitària regional en funció de les característiques de les comunitats autònomes (CA), sota la coordinació i supervisió del Ministeri de Sanitat (Durán, 2011). Ara bé, fins ara no s'han avaluat els efectes d'aquestes reformes sobre la salut. Si bé la descentralització s'ha dut a terme principalment per motius polítics, segons la teoria econòmica, la descentralització podria tenir altres efectes sobre l'eficiència, l'equitat en la provisió dels serveis públics o el creixement econòmic (Ahmad, Brosio i Tanzi, 2008).

L'impacte de la descentralització és una qüestió empírica, ja que hi ha arguments (econòmics) en dues direccions. L'efecte positiu de la descentralització es basa en el supòsit que millora la informació dels decisors sobre les necessitats locals i incentiva la corresponsabilitat dels decisors polítics que han de respondre davant dels seus votants. No obstant això, també hi ha factors que poden contribuir a contrarestar aquests efectes; entre d'altres, l'existència d'importants externalitats en la provisió de determinats béns, com ara les vacunes, que podrien incentivar l'efecte *free rider*; les deseconomies d'escala, per exemple en l'oferta hospitalà-

ria; o els desequilibris territorials, si la descentralització es finança exclusivament amb recursos propis. És per tot això que resulta complicat establir a priori l'efecte de la descentralització sobre la salut.

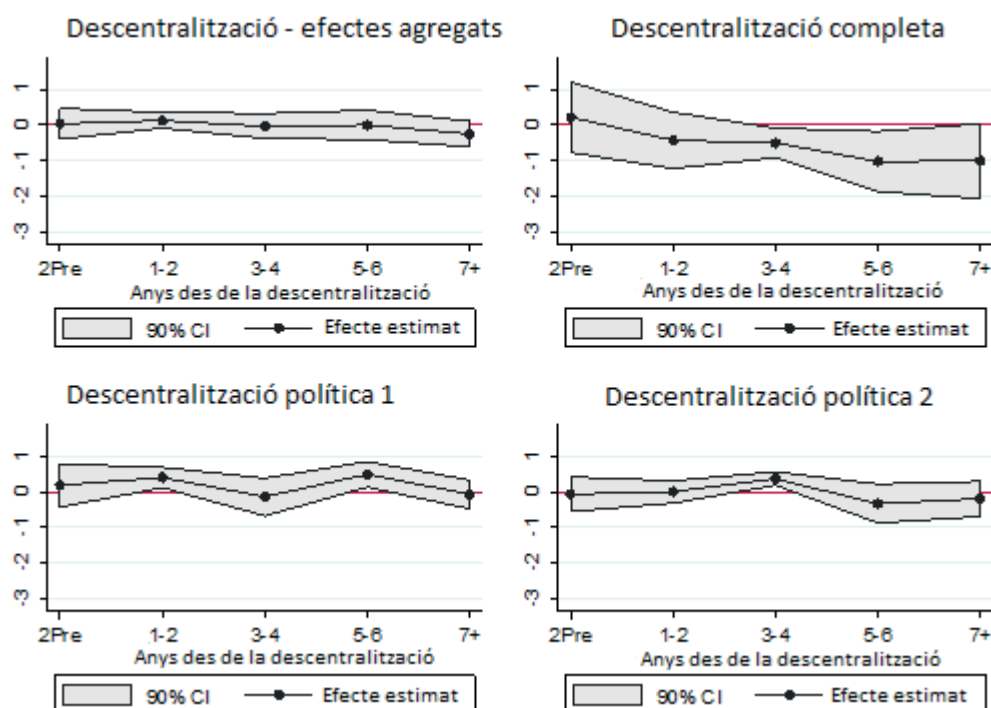
Actualment els estudis per analitzar la relació entre la descentralització fiscal i els diversos indicadors de salut, com ara la mortalitat infantil, cada vegada són més habituals (vegeu, per exemple, Cavalieri i Ferrante, 2016; Soto, 2012). En general, els resultats d'aquests estudis apunten que la descentralització fiscal està associada a una menor mortalitat infantil, especialment quan la descentralització implica una corresponsabilitat fiscal àmplia per a les regions en termes d'autonomia en la despesa o en l'ingrés. No obstant això, possiblement a causa de la falta de dades, els resultats associats a altres tipus de descentralització han estat poc estudiats fins ara.

A Espanya, la descentralització sanitària s'ha dut a terme de manera gradual des del 1981 i l'ordre pel qual les CA han rebut les transferències en matèria sanitària es deu a motius polítics i culturals, més que a indicadors relacionats amb la salut (Rico i Costa-Font, 2005).

La implementació asimètrica de la descentralització a Espanya permet comparar l'impacte de diferents tipus de descentralització: la descentralització total (fiscal i política, finançada mitjançant fonts d'ingressos pròpies) enfront de la descentralització purament política (finançada mitjançant transferències, en la seva majoria). Segons la literatura sobre federalisme fiscal, els diferents tipus de descentralització poden tenir un impacte diferenciat en els patrons de

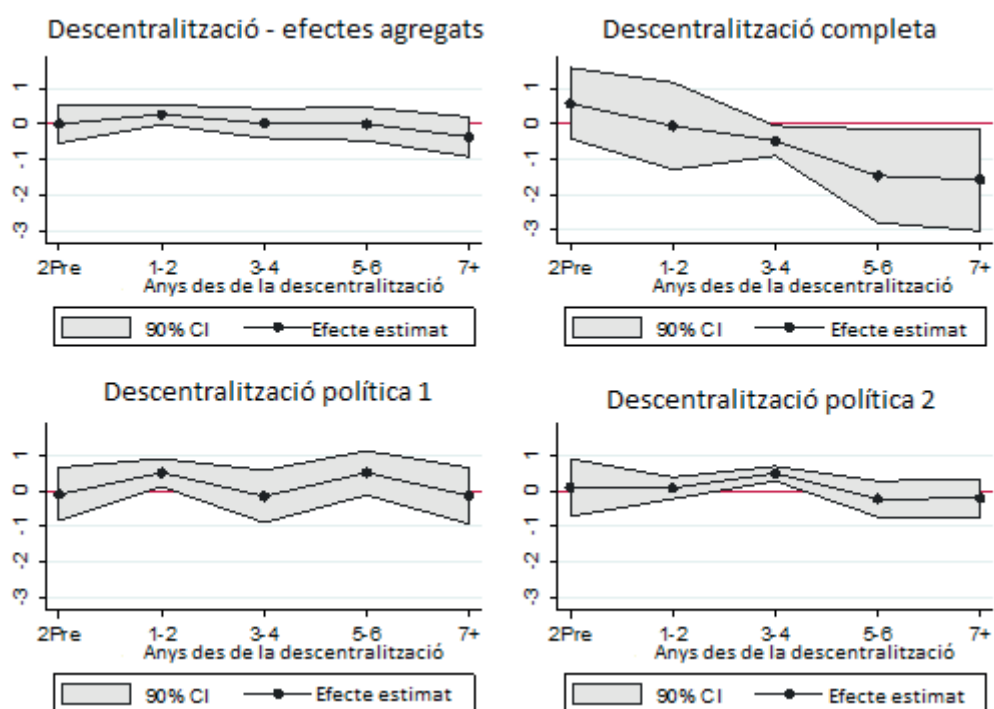
¹ Aquesta contribució es basa en l'article publicat a *Social Science & Medicine*, 188 (2017), p. 69-81.

Gràfic 1. Efectes de la descentralització en la mortalitat neonatal



Nota: Descentralització total: descentralització política i fiscal en regions forals. Descentralització política 1: descentralització política en CA de via ràpida (traspàs de competències anterior al 2002). Descentralització política 2: descentralització política en CA de via lenta (traspàs de competències posterior al 2002).

Gràfic 2. Efectes de la descentralització en la mortalitat infantil



Nota: Descentralització total: descentralització política i fiscal en regions forals. Descentralització política 1: descentralització política en CA de via ràpida (traspàs de competències anterior al 2002). Descentralització Política 2: descentralització política en CA de via lenta (traspàs de competències posterior al 2002).

despesa del govern regional (vegeu, per exemple, Liberati i Sacchi, 2013). A més, distingim entre CA amb descentralització principalment política que van accedir a les competències sanitàries abans del 2002 i després del 2002, ja que en aquest últim cas la descentralització ha implicat un increment en l'autonomia fiscal d'aquestes regions.

Un dels resultats fonamentals del nostre estudi apunta que en alguns casos la descentralització a Espanya va reduir de forma considerable tant la mortalitat infantil com la neonatal (vegeu els gràfics 1 i 2). No obstant això, la reforma va afectar únicament i exclusivament a aquelles regions amb descentralització total, és a dir, les regions forals. A més, la magnitud de l'efecte és considerable: la descentralització en les regions completament descentralitzades va reduir potencialment en 1,1 i en 0,8 el nombre de morts de menors d'un any i de menors d'un mes respectivament per cada mil nascuts vius. Per a la resta de regions, no trobem efectes significatius de la descentralització, típicament finançada amb transferències i amb escassos nivells d'autonomia local.

Els mecanismes pels quals la descentralització va permetre a les regions forals millorar les taxes de mortalitat infantil i neonatal encara són objecte d'estudi, i la falta de dades disponibles per aprofundir-hi és una limitació important.

Troblem que canvis en els nivells d'oferta (aproximat mitjançant la taxa de metges per 100.000 habitants) són un possible mecanisme explicatiu de la millora en la salut en aquestes CA, però, clarament, no és l'únic, potser ni tan sols el principal, ja que l'efecte de la descentralització es manté després d'ajustar per la taxa de metges.

D'altra banda, aquests resultats no (només) es deuen al nivell de renda més elevat de les comunitats forals, atès que la descentralització tampoc no va millorar les taxes de mortalitat infantil d'aquelles comunitats de més renda que només van dur a terme la descentralització política.

Aquests resultats suggereixen que la descentralització pot intensificar les desigualtats entre regions amb diferents nivells de renda, tal com ja van apuntar estudis anteriors (vegeu, per exemple, Soto et al., 2012). No obstant això, convé assenyalar que la dispersió o desigualtat interregional no es deriva de la reducció en els resultats en salut de les regions més pobres, sinó de la millora en els resultats de salut d'algunes de les regions més pròsperes.

A la vista dels nostres resultats, és probable que la descentralització a les regions forals —que gaudeixen tant d'un

elevat volum d'ingressos propis com d'una gran autonomia a nivell local— hagi tingut no només un efecte considerable en els patrons de despesa local, sinó que també hagi servit per reforçar la visibilitat política dels governs locals i la seva capacitat de resposta a les necessitats locals (Rodden, 2003). De fet, les regions forals han estat pioneres en la implementació de mesures sanitàries estretament vinculades amb la mortalitat infantil i neonatal, com ara l'extensió de la cobertura a tota la població, incloent-hi els nens, els immigrants i les persones amb pocs recursos (Rico, 1998).

Cal ser prudents, però, amb els resultats del nostre estudi. No necessàriament s'ha de concloure que la descentralització per si mateixa sempre és beneficiosa. En el cas d'Espanya, la descentralització, juntament amb altres reformes importants orientades a la universalització sanitària, implementades a finals dels vuitanta i principis dels noranta, podrien haver estimulat els beneficis d'aquesta reforma en les regions que van rebre les competències sanitàries tant en matèria fiscal com política durant el mateix període. Encara que el nostre estudi aporta dades que apunten que la salut millora després de les reformes de descentralització, fins i tot després d'ajustar per indicadors d'oferta, considerant la limitacions de les dades no podem explorar els mecanismes exactes que estan darrere dels nostres resultats.

Referències bibliogràfiques

- Ahmad, E.; Brosio, G. i Tanzi, V. (2008): "Local service provision in selected OECD countries: do decentralized services work better?". IMF Working Paper 08/67. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp0867.pdf>
- Cavalieri, M. i Ferrante, L. (2016): "Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from infant mortality in Italy". *Social Science & Medicine*, 164, 74-88. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616303719>
- Durán, A. (2011): "Health system decentralization in Spain: a complex balance". *Euro Observer*, 13(1). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135664/EuroObserver13_1.pdf
- Liberati, P. i Sacchi, A. (2013): "Tax decentralization and local government size". *Public Choice*, 157(1), 183-205. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11127-012-9937-9>

Nolte, E.; Bain, C. i McKee, M. (2010): "Population Health", a: Smith, P.; Mossialos, E.; Papanicolas, I. i Leatherman, S. (Eds.), *Performance measurement for health system improvement*. Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/books/performance-measurement-for-health-system-improvement/81C4581EA9DDA3E0F637E9DC8F94BB71>

Rico, A. i Costa-Font, J. (2005): "Power rather than path dependency? The dynamics of institutional change under health care federalism". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1), 231-252. <https://read.dukeupress.edu/jhppl/article-abstract/30/1-2/231/93450/Power-Rather-Than-Path-Dependency-The-Dynamics-of?redirectedFrom=fulltext>

Rico Gómez, A. (1998): "Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996). Intensidad De Preferencias Y Autonomía Política Como Condiciones Para El Buen Gobierno". Tesis, Universidad Autónoma de Madrid. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/131121>

Rodden, J. (2003): "Reviving Leviathan: Fiscal Federalism and the Growth of Government". *International Organization*, 57, 695-729. <https://www.cambridge.org/core/journals/international-organization/article/reviving-leviathan-fiscal-federalism-and-the-growth-of-government/15B14863E625FB2BD34D6F91F933AA87>

Soto, V. E.; Farfan, M. I. i Lorant, V. (2012): "Fiscal decentralization and infant mortality rate: the Colombian case". *Social Science and Medicine*, 74(9), 1426-1434. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612001153?via%3Dihub>

Costa-Font, Joan

Joan Costa-Font és professor titular (*Reader*) del Departament de Política Sanitària i l'Institut Europeu de la London School of Economics (LSE). Ha estat Harkness Fellow a la Harvard University i Visiting Fellow a Université Paris-Dauphine, University College London (UCL), Boston College, Oxford University, Università Cattolica i University of Munich (LMU). Té tres llicenciatures: Economia, Dret, i Ciències Polítiques, per la Universitat de Barcelona; dos màsters: Economia per la Universitat Pompeu Fabra i Política Sanitària Internacional (especialitzat en economia de la salut i economia pública) per la LSE; i és doctor en Economia (especialitzat en economia de la salut) per la Universitat de Barcelona. Li van concedir la beca postdoctoral Marie Curie a la LSE i, abans d'incorporar-se a la LSE l'any 2007, va ser professor titular (i catedràtic en excedència el 2010) d'Economia Aplicada a la Universitat de Barcelona.

García-Gómez, Pilar

Pilar García-Gómez és professora titular a l'Erasmus School of Economics de Rotterdam, Holanda. Es va llicenciar en Economia i es va doctorar a la Universitat Pompeu Fabra. La seva recerca se centra en l'àrea d'economia de la salut i, en particular, en l'estudi de les desigualtats en salut i l'avaluació dels efectes de polítiques sanitàries, socials i laborals sobre la salut. Ha publicat els seus articles científics en revistes com *Journal of Human Resources*, *Journal of Health Economics*, *Health Economics*, *Labour Economics* o *Social Science & Medicine*, i és autora de capítols de llibres publicats, entre d'altres, per la University of Chicago Press. Actualment és editora associada de *Health Economics*, i *Fellow* del Tinbergen Institute i de Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement (Netspar).

Jiménez-Rubio, Dolores

Dolores Jiménez-Rubio és llicenciada en Economia per la Universitat de Granada, té un màster en Economia Pública i és doctora en Economia per la University of York (Regne Unit). Des del gener de 2012 és professora titular del Departament d'Economia Aplicada de la Universitat de Granada. Les seves línies de recerca principal són l'economia de la salut i la hisenda pública, àmbits en què ha publicat diversos treballs en revistes de reconegut prestigi nacional i internacional. Ha estat professora visitant al Centre d'Economia de la Salut de la University of York i la London School of Economics. Recentment ha obtingut el premi al millor article en economia de la salut atorgat per l'Asociación Española de Economía de la Salud.

Turati, Gilberto

Gilberto Turati és professor de finances públiques del Departament d'Economia i Finances de la Facultat d'Economia de la Universitat Cattolica del Sacro Cuore. És doctor en Finances per la Universitat Cattolica del Sacro Cuore i té un màster en Economia per la University of York (Regne Unit). Abans d'unir-se a la Universitat Cattolica, va treballar com a ricercatore (2002-2011) i com a *professore associato* (2011-2016) a la Universitat di Torino, Facultat d'Economia. La seva recerca es troba en la intersecció de les àrees de l'economia de la salut, l'economia regional, l'organització industrial i l'economia política. Ha publicat diversos articles en revistes com: *Journal of Health Economics*, *Health Economics*, *Regional Science and Urban Economics*, *Regional Studies*, *the Journal of the Royal Statistical Society (Series A)*, *the Journal of Money, Credit and Banking*, *Energy Economics*. Va ser membre del Consell de l'European Public Choice Society (EPCS) durant el període 2012-2015 i actualment és membre del Consell de la Societ  Italiana di Economia Pubblica (SIEP).

Vall Castell , Judit

Judit Vall Castell  es una economista aplicada que s'ha especialitzat en l'anàlisi de mètodes economètrics i quantitius. Té una llicenciatura en Economia per la Universitat Aut noma de Barcelona, un m ster per la University of Essex i un doctorat per la Maastricht University, que va cursar amb una beca Marie Curie. Ha fet estades de recerca predoctoral a l'Institut de Recerca Econ mica i Social de la University of Essex, a la Toulouse School of Economics i a l'State University of New York, Stony Brook University, amb una beca Fulbright-Schuman. Va obtenir la beca postdoctoral Robert Solow atorgada pel *Centre Cournot* per a la recerca econ mica de París i ha impartit classes a universitats d'Espanya, els Països Baixos i Mèxic. La seva recerca actual se centra en l'anàlisi de l'impacte de les polítiques públiques i els sistemes de pensions sobre decisions de mercat de treball, així com sobre la salut, i ha publicat en revistes com ara *Economic Journal*, *Health Economics*, *Journal of Public Economics*, *Labour Economics* o *Economics of Education Review*, entre d'altres. Actualment es professora lectora al Departament d'Economia de la Universitat de Barcelona i investigadora de l'Institut d'Economia de Barcelona (IEB), el Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra i l'Institute of Labor Economics (IZA).

