

## **Capítulo uno: *Federalismo y política de atención a la salud: Introducción***

Keith Banting y Stan Corbett

Todos los gobiernos del mundo están luchando con la política de salud.<sup>1</sup> Deben balancear las necesidades y las expectativas de los ciudadanos, la demanda de los profesionales de atención de la salud, así como la presión del presupuesto público, y en todos lados las negociaciones se están dificultando cada vez más. En los países federales, estos retos se cumplen a través de instituciones políticas que requieren la participación y cooperación de dos niveles de gobierno en el diseño y rediseño de la política de salud, agregando otro nivel de complejidad a la administración de políticas de salud. Este estudio examina las formas en la que los diferentes sistemas federales manejan las tensiones inherentes a un gobierno de múltiples niveles y las implicaciones del federalismo en la naturaleza de los programas de salud.

El análisis se basa en un estudio comparativo de la experiencia en cinco federaciones: Australia, Bélgica, Canadá, Alemania y Estados Unidos, que se estudian a detalle en los capítulos siguientes. Sin embargo, las implicaciones del estudio van más allá de estas cinco federaciones clásicas. De hecho, la diferencia histórica entre los estados federales y unitarios no está claramente delimitada, ya que los sistemas unitarios tradicionales como Gran Bretaña e Italia experimentan con nuevas formas de gobiernos regionales, y un amplio rango de países transfieren responsabilidades de políticas importantes a una diversidad de asambleas regionales y administrativas. Aunque las diferencias importantes continúan siendo entre las federaciones y los sistemas de gobernabilidad desarrollados, muchas de las dinámicas y políticas generadas por estas diferentes formas de gobernabilidad de nivel múltiple son muy similares, y un estudio más detallado de la atención a la salud en los estados federales brinda importantes lecciones.<sup>2</sup>

Un enfoque comparativo establece una base mucho más sólida para valorar las consecuencias políticas de las diferentes instituciones políticas. A menudo, los analistas y los comentaristas asumen que la incapacidad de sus líderes políticos para resolver los problemas políticos reflejan las fallas de las instituciones políticas y los procesos de su país. Sin embargo, es frecuente que otros países lidien con problemas muy similares, con resultados combinados.

Una perspectiva comparativa puede ayudar a identificar qué es lo característico de un país y proporcionar un punto de partida más sólido para intentar valorar las consecuencias políticas de una configuración específica de instituciones políticas. Este estudio utiliza una diversidad de métodos para resaltar estas relaciones. Se inspira en la amplia literatura de la influencia de estructuras políticas; presenta comparaciones cuantitativas de estados federales y no federales; y utiliza un enfoque de “sistemas más similares” hacia el análisis comparativo. Esta última técnica involucra la comparación de países que comparten muchas similitudes — instituciones federales, economías relativamente prósperas y las presiones comunes en sus sistemas de cuidado de la salud — para ubicar con exactitud la influencia de la variación en la naturaleza de sus instituciones federales. En todas las federaciones que aquí se investigan, ambos niveles de gobierno participan en la formación de políticas de salud. Sin embargo, existen diferencias importantes en la forma de sus arreglos federales y en el diseño de su sistema de atención a la salud. El objeto de este estudio es la interacción entre estas instituciones políticas particulares y la atención a la salud.

Este capítulo de introducción proporciona una descripción general de los temas y busca establecer los patrones que emergen de los capítulos de los países en torno a políticas clave. La primera sección resume brevemente la agenda común del cuidado de la salud que confrontan los gobiernos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés). La segunda sección establece el contexto para el análisis al estudiar la amplia literatura que existe sobre las implicaciones del federalismo y se cuestiona si los países federales y no federales difieren sistemáticamente en su aproximación a la política de salud. La tercera sección cambia el enfoque más directamente en las cinco federaciones que se exploran en este libro, describiendo sus instituciones federales y las formas en las que se toman las decisiones respecto a la política de salud. La cuarta sección estudia entonces las implicaciones de su estructura federal para los dos retos políticos básicos: el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud así como la efectividad de las estrategias desplegadas para que incluyan el crecimiento de los gastos del cuidado de la salud. Posteriormente la sección final hilvana todos los argumentos de la discusión. Como veremos, estos argumentos son sólidos. Si bien el federalismo es claramente compatible con un amplio rango de sistemas de atención a la salud, la presencia de las instituciones federales parece tener influencia en el balance entre los sectores

público y privado en la prestación del cuidado de la salud. Además, las diferencias en los arreglos intergubernamentales con las federaciones tienen fuertes implicaciones para temas como la igualdad de servicios de salud que disfrutaban los ciudadanos en todo el país, en su totalidad y la capacidad de los gobiernos para administrar esos sistemas del cuidado de la salud en forma eficiente.

### UNA AGENDA COMÚN

La política de salud es una cuestión destacada virtualmente en cada uno de los países de la OECD, y los gobiernos de estos países, tanto federales como no federales, confrontan una agenda de salud muy similar. Esta agenda común refleja en parte, las metas de una política similar. En su *Reporte de salud a nivel mundial* de 1999, la Organización Mundial de la Salud establece una lista de seis metas principales de salud: mejorar la condición de salud de la población; reducir la inequidad en la salud; mejorar la respuesta a las expectativas legítimas; aumentar la eficiencia de los sistemas de prestación de servicios para el cuidado de la salud; protección a las personas, familias y comunidades de una pérdida financiera significativa como resultado de los problemas de salud; y mejorar la igualdad del financiamiento y prestación de servicios del cuidado de la salud.<sup>3</sup> Varios países, incluyendo los cinco que estudiamos en este libro, han desarrollado distintos enfoques sobre la atención a la salud, con diversas combinaciones públicas/privadas, diferentes relaciones entre los prestadores de servicios y diversos modos de prestación de ellos. Sin embargo, acaso alguno de los involucrados en la política de la salud en estos países podría objetar la lista de metas principales.

La agenda compartida en la atención a la salud también refleja el que los países de la OECD enfrentan un conjunto común de presiones: envejecimiento de la población, rápido cambio tecnológico, mayor gasto en el sector salud, cambio de entendimiento de los determinantes de la salud, una apreciación matizada de la relación entre el cuidado de la salud y sus resultados. Además en la mayoría de los países, los gobiernos deberán responder a estas presiones en el contexto de la restricción fiscal. Aunque en algunos países el sector público disfruta de la plusvalía, la competitividad económica a nivel internacional y la resistencia política

nacional a altos niveles de imposición fiscal significa que pocos gobiernos pueden manejar los retos del sector salud con el simple hecho de sacar más de sus carteras.

Metas, presiones y restricciones comunes han generado una agenda compartida. Todos los gobiernos de la OECD debaten un conjunto de cuestiones muy similares: la prestación de un servicio de cuidado de la salud de calidad; reducción del costo a través de una combinación de controles de precios, controles de volumen y/o presupuestos globales; nuevas estructuras de incentivos para los profesionales de la salud a través de cambios en los sistemas de pago; cambios en la combinación pública/privada de los servicios de salud; respuestas a los costos farmacéuticos que crecen rápidamente; la necesidad de innovación y de flexibilidad en los sistemas de prestación de servicios; la prestación de un servicio de cuidado de la salud a largo plazo y apoyo para las personas mayores; y mayor responsabilidad y otorgamiento de poder al público. Estos son puntos comunes de discusión entre los especialistas de la política de salud en los países occidentales y democráticos. El tema central de este estudio es saber si las instituciones federales determinan las formas en la que responden los cinco países.

#### ¿EL FEDERALISMO MARCA LA DIFERENCIA?

Existe una cantidad importante de literatura que explora la medida en que las instituciones políticas influyen en los tipos de políticas que emergen al final del día. La amplia conclusión que fluye de este nuevo enfoque “institucionalista” es que las instituciones políticas por sí mismas nunca son determinantes. Interactúan con otros factores que dan forma a las elecciones de políticas, y por lo tanto es difícil identificar las simples relaciones del tipo “instituciones federales que conllevan a X”. Sin embargo, las estructuras gubernamentales rara vez son completamente neutrales. Hacen que algunas consecuencias sean más fáciles que otras, y por lo tanto influyen en la capacidad de los agentes políticos para actuar, sobre sus percepciones acerca de las alternativas realistas de política, acerca de sus opciones estratégicas y sus preferencias.<sup>4</sup> Los estudios han sugerido que, en combinación con otros factores, la configuración de las instituciones políticas pueden dar importancia a temas como el tamaño del sector público, el papel redistributivo del gobierno, el nivel de cohesión de los programas, la distribución entre regiones de los beneficios en el país, el nivel de innovación y flexibilidad en el sistema político, la capacidad de los gobiernos a resistirse a intereses poderosos, y así

sucesivamente.

Dada la naturaleza contingente del impacto de las instituciones políticas, no podemos esperar que existan patrones rigurosos entre esas categorías tan extensas como son los países federales versus los no federales. Por ejemplo, en su enfoque básico sobre el Estado benefactor, los cinco países estudiados en este libro se ubican dentro de tres o más grupos de sistemas propuestos por Esping-Andersen y que otros han ampliado.<sup>5</sup> Tampoco surge un patrón más consistente cuando la atención se enfoca estrechamente al sistema de atención a la salud. Como veremos más a detalle a continuación, los cinco países en estudio han desarrollado sistemas muy diferentes de la atención a la salud. Bélgica y Alemania tienen sistemas de cuidado de la salud globales en donde la política se define a través de sistemas corporatistas de toma de decisión y servicios que son administrados y prestados localmente a través de las redes de fondos sociales. Australia y Canadá han desarrollado programas globales de seguros de salud pública que son administrados por dependencias públicas. Y Estados Unidos ha desarrollado un sistema combinado único en el que los programas públicos cubren a las personas mayores, a los discapacitados y a muchas familias de bajos ingresos, en tanto que el resto de la población tiene una cobertura privada y una minoría significativa no tiene ningún tipo de cobertura. La estructura básica de la atención a la salud se basa claramente en otros factores, como la cultura política y las coaliciones políticas dominantes en cada país, con una configuración específica de las instituciones políticas que desempeñan una función secundaria.<sup>6</sup>

Sin embargo, parece que las instituciones federales tienen implicaciones por el tamaño de la función pública en el sector salud. Este patrón es consistente con un volumen substancial de investigación que concluye que el federalismo y la descentralización tendieron a restringir la expansión del Estado benefactor durante el siglo XX. Numerosos estudios han concluido que el federalismo y la descentralización crean varios tipos de barreras que restringen la expansión de un Estado benefactor redistributivo: al aumentar el número de sitios de representación política, el federalismo multiplica el número de puntos de veto que puede demorar, cancelar o eliminar una acción; al crear una jurisdicción regional por separado, el federalismo genera competencia económica entre regiones como los gobiernos estatales/ provinciales compiten por el capital

privado que puede salir hacia otras regiones con sistemas fiscales amigables. Estos argumentos han sido utilizados en un gran número de estudios de federaciones individuales.<sup>7</sup> Aunque la totalidad de las muestras que aparecen en los estudios de países individuales han sido criticadas,<sup>8</sup> el argumento se apoya en numerosos estudios cuantitativos, de los factores determinantes del gasto social entre naciones. Estos estudios han identificado una diversidad de factores que pueden explicar las diferencias en la expansión del Estado benefactor en las naciones de la OECD, incluyendo la apertura de la economía, la fuerza de los trabajadores organizados, así como la orientación ideológica de los partidos políticos dominantes. Esta literatura se ha enfocado cada vez más a la estructura de las instituciones políticas y los informes indican repetidamente que, en igualdad de condiciones, la dispersión de la autoridad para crear políticas a través del federalismo, la descentralización u otras formas de fragmentación institucional se relacionan en forma negativa con el gasto social como proporción del producto interno bruto (PIB).<sup>9</sup> Además, una aportación reciente a esta literatura determina que la descentralización tiene poderosos efectos (negativos) sobre el esfuerzo de bienestar social, inclusive mayor que otras variables institucionales, como puede ser el nivel de corporativismo en la toma de decisiones, la naturaleza del sistema electoral o la presencia de un sistema de gobierno presidencial.<sup>10</sup> Además, una nueva investigación que se aproxima a este tema desde otra perspectiva examinando la participación privada del gasto social global en las naciones OECD llega a conclusiones similares.<sup>11</sup>

¿Qué hay acerca del sector de atención a la salud en particular? Como lo indica la Tabla 1, todo el gasto de salud, incluyendo tanto el gasto público como privado, tiende a ser, realmente, mayor en los estados federales que en los no federales. Sin embargo, cuando nos enfocamos al balance entre el sector público y privado en el cuidado de la salud, el patrón que surge es consistente con las conclusiones de la literatura a nivel nacional. La Tabla 1, que examina el saldo entre el gasto público y privado referente a la salud en 1998, indica que el gasto público representó un porcentaje menor de todo el gasto de salud en los estados federales que en los no federales (por ejemplo, un promedio de 70.3 por ciento contra 79.1 por ciento). Estos resultados se ven influenciados en alguna medida por los Estados Unidos, en donde el gasto público representa una proporción menor del gasto total del sector salud, pero no desaparece cuando Estados Unidos se excluye de los cálculos: el gasto público promedia 74.6 por ciento del gasto

total del sector salud en todos los estados federales de los países de la OECD menos Estados Unidos, contra el 79.1 por ciento en los estados no federales de la OECD.

La Tabla 2 señala esta diferencia en una perspectiva a largo plazo, dando seguimiento a las cifras desde 1960 a 1998. Los coeficientes al final del cuadro sugieren que la diferencia entre los estados federales y los no federales ha sido una constante. Sin embargo, también sugieren que la diferencia ha disminuido con el tiempo. Las cifras sobre las tasas de cambio proporcionan pistas a esta convergencia parcial: la participación pública en el gasto total del sector salud creció más rápidamente en los estados federales durante los 60, reduciendo en alguna medida el faltante generado por una expansión previa de la función pública en estados no federales; entonces los estados federales no restringieron la participación pública durante 1980 y 1990 tan dramáticamente como los estados no federales. Una interpretación de este patrón es que la complejidad de la toma de decisiones en los estados federales significa que tienden a reaccionar más lentamente a las condiciones nuevas que los estados no federales. De ser así, uno puede esperar que el patrón de convergencia se reduzca, mientras los estados federales desarrollan con el tiempo instrumentos sólidos de regulación de costos.

Estas diferencias en los patrones de gasto son interesantes y volvemos a algunas de las cuestiones que plantean a continuación en nuestro análisis de retos a los que se enfrentan los estados federales debido a las presiones de costo en el sector salud. Sin embargo, estas diferencias de gasto representan únicamente variaciones incrementales sobre los patrones básicos del cuidado de la salud en los países de la OECD, y un simple contraste entre los sistemas federales y no federales sólo nos lleva a conclusiones mucho más profundas. Ciertamente, como lo ratifica la Tabla 3, no hay ningún motivo para creer que la diferencia institucional marca una diferencia apreciable respecto a la salud global de la población entre los estados en etapas de desarrollo económico ampliamente comparables. Un entendimiento más amplio y matizado de las interacciones entre el federalismo y la atención a la salud requiere revisar la experiencia de los países federales específicos.

## FEDERALISMO Y POLÍTICAS DE SALUD: CINCO CASOS

Un acercamiento a las instituciones federales señala que no existe un modelo único de federalismo. De hecho, citando las palabras de un analista, “tal vez la cualidad más intelectual del federalismo” es que existe una “selección ecléctica de los modelos políticos federales . . . de los que otros estados pueden aprender y obtener experiencia según lo elijan<sup>12</sup> Las cinco federaciones que se analizan en este estudio difieren considerablemente en la función de los gobiernos federales y estatales o municipales en la atención a la salud, las formas en las que se toman las decisiones respecto a las políticas de salud y los mecanismos para coordinar las relaciones entre los diferentes órdenes de gobierno. Por lo tanto, no sorprende el hecho de que el federalismo no influya en la política de salud en forma similar en todos los países.

Existen infinidad de formas en las que uno puede comparar las instituciones federales.<sup>13</sup> Un enfoque común es evaluar el nivel de centralización entre los gobiernos centrales y estatales/municipales midiendo la proporción del gasto o ingreso público que circula a través de cada nivel de gobierno. Este enfoque fiscal al federalismo tiene ventajas importantes que van más allá de una precisión cuantitativa. El dinero es poder y el control sobre los recursos influye el equilibrio político entre los niveles del gobierno de las federaciones. Sin embargo, las finanzas representan una medida incompleta del papel político de los diferentes niveles de gobierno. Dado el enfoque en este estudio, una mejor medida es la función de los diferentes niveles de gobierno al definir el esquema básico de la política de salud. Las funciones principales del sistema de atención a la salud ¿se estipulan a nivel central o regional? Esta pregunta no se puede responder en términos precisos y cuantificables, pero es el asunto principal. Si los elementos básicos del sistema de atención a la salud se establecen a nivel central, es entonces una cuestión secundaria el que los desembolsos reales se realicen a nivel local o no. Por lo tanto, en este capítulo hay dos preguntas importantes: la primera ¿qué tan específico es el esquema de cada país para la política de atención a la salud? ¿Resuelve la mayoría de las decisiones importantes o da un amplio margen para variaciones a nivel regional? En segundo lugar ¿Cómo se determina el esquema central? ¿El gobierno central lo establece en forma unilateral o los gobiernos estatales/provinciales tienen una participación importante en su determinación? Para responder estas preguntas recurrimos constantemente a los capítulos de los países que conforman el objetivo principal de este volumen y se le sugiere al lector que, para

mayores detalles, consulte esos capítulos.

Debido a que nuestro análisis se basa en dos criterios distintos — el conjunto del esquema central y el proceso de su determinación — no es posible ningún orden de clasificación de centralización. Al presentar nuestros cinco casos, iniciamos con los países con esquemas centrales integrales y detallados. En el caso de los países con amplios esquemas comparables, examinamos primero los países en donde el gobierno central tiene mayor independencia en el establecimiento de ese esquema.

### *Bélgica*

Aunque Bélgica se estableció en 1830 como un estado unitario, cuatro corrientes de reformas constitucionales en 1970, 1980, 1988 y 1993 crearon un estado federal descentralizado con amplios poderes que ejercían los gobiernos de la Nueva comunidad y regionales. Además, se lanzó una nueva reforma constitucional en el 2001. Sin embargo, a pesar de esta dramática reestructuración en el entramado estatal, el gobierno central continúa teniendo la principal responsabilidad de la seguridad social y del cuidado de la salud. El gobierno federal mantiene la responsabilidad exclusiva de los seguros de salud y estipula el esquema dentro del cual deben operar los fondos locales para enfermedades. Además, Bruselas establece una legislación marco para las instituciones de atención a la salud como son: los hospitales, reglamentos de planeación, acreditación, personal, equipo, tecnología avanzada y la designación de hospitales académicos. De acuerdo con los cálculos en el capítulo escrito por Johan de Cock, aproximadamente el 97 por ciento de todos los gastos de la atención a la salud continuarán en áreas de la jurisdicción federal. Las comunidades tienen una participación en la construcción y organización interna de los hospitales y la organización y administración de los cuidados a la salud en casa y de las clínicas de salud.<sup>14</sup> Sin embargo, se ven restringidas por las normas federales o políticas financieras en muchas de estas áreas, y deben comunicar sus decisiones — incluyendo aquellas relacionadas a casos individuales — a las autoridades centrales que son responsables de asegurar el respeto a las normas centrales. La Comunidad tiene autoridad únicamente sobre el sector de salud pública y educación médica.

Aunque el poder continúa muy centralizado en el sector de atención a la salud, la elaboración de políticas dentro del gobierno federal está sujeta a complicados mecanismos de consulta de la gobernabilidad corporativa que caracteriza al sistema político de Bélgica. Existen tres dimensiones de concertación que son importantes. Las principales decisiones de política requieren el consentimiento de los representantes federales tanto de los grupos de habla francesa como de flamenco. Además, aunque los gobiernos regionales y de la comunidad no tienen una participación formal en la legislatura federal, un elaborado conjunto de reglas y reglamentos del sector salud ordenan la notificación y consulta entre los niveles gubernamentales. Finalmente, los mecanismos de consulta incorporan a la participación social y a los cuerpos médicos en el proceso de elaboración de política. Como resultado, los cambios en los programas de salud requieren de altos niveles de consenso tanto entre los bloques lingüísticos como entre los grupos sociales.

A pesar de esta tradición de consulta, la naturaleza altamente centralizada de la política de la salud en Bélgica ha estado sometida a una fuerte presión como resultado del crecimiento del nacionalismo flamenco. Los nacionalistas flamencos han exigido una descentralización significativa de los elementos clave de la seguridad social, incluyendo el sector de seguros para la salud, para obtener mayor control político directo sobre su futuro social y reducir las transferencias entre comunidades que son inherentes al sistema actualmente centralizado, demandas que han sido articuladas por el nuevo parlamento flamenco. Sin embargo, la decidida resistencia de la comunidad Valona a cualquier descentralización adicional ha bloqueado esos cambios y, al menos por el momento, el sector de atención a en Bélgica representa un punto centralizado de un estado binacional descentralizado.

### *Alemania*

Como en el caso de Bélgica, el federalismo desempeña una función secundaria en la política de la salud en Alemania. Como puntualiza el capítulo de Dietmar Wassener, el esquema de los programas de salud se establece, con pocas excepciones, a través de la legislación federal que aplica por igual en todo el país. Sin embargo, las funciones básicas en la política de la salud se definen a través de procesos altamente corporativos e incorporan no solo a los representantes de la participación social — como los patrones y trabajadores, profesionales de la salud y fondos

sociales — sino también a ambos niveles de gobierno. Los gobiernos Länder están directamente involucrados en el proceso legislativo federal a través del Bundersrat, el nivel superior del parlamento federal, por lo tanto el establecer los parámetros de una política de salud requiere de un alto nivel de consenso entre gobiernos.

El esquema legislativo establecido de esta forma define las funciones principales del sistema legislado del seguro para la salud, que cubre más del 90 por ciento de la población. El esquema establece los estándares mínimos para los servicios de salubridad; los principios que rigen las tasas de aportación, incluyendo las tarifas máximas, y los presupuestos máximos para el sector hospitalario, atención ambulatoria y farmacéutica. Dentro de este esquema común, el diseño y entrega específicos de los servicios de salud están altamente descentralizados, y es responsabilidad de alrededor de 600 fondos sociales independientes. Estos fondos son administrados por representantes de los patrones y trabajadores, y los servicios que presta son financiados por aportaciones de los patrones y empleados, y no por ingresos fiscales del estado. Dentro de los parámetros nacionales, los fondos deciden sobre los servicios de salud precisos que cubrirán, fijan las tasas de aportación y negocian los contratos con las oficinas que representan a los doctores y a los hospitales. Como resultado, se limita la responsabilidad directa del gobierno. Los gobiernos Länder son responsables de la promoción de la salud pública y del financiamiento de los costos de capital de los hospitales. Esta última disposición genera una doble fuente de financiamiento para los hospitales, y los gobiernos Länder proporcionan los costos de capital, así como los fondos sociales, aportando la mayor parte de los costos operativos, una división que a veces genera conflicto entre los dos. Sin embargo, en el lenguaje de la nueva administración pública, la principal función del gobierno en el sector del cuidado de la salud es llevar el timón no los remos.

En tal caso, es difícil de definir en forma precisa de donde viene, en última instancia, el liderazgo. Las decisiones para reformar el sistema legislado de seguros para la salud se toman a nivel nacional y normalmente son responsabilidad del gobierno federal, de acuerdo con los gobiernos estatales controlados por el mismo partido. Sin embargo, sus propuestas tienden a modificarse durante las negociaciones con los representantes de los fondos y las asociaciones

prestadoras de servicio y mientras pasan a la cámara alta. De hecho, el proceso requiere un alto nivel de consenso intergubernamental y social que los críticos, incluido Wassener, se quejan de la rigidez e inflexibilidad institucional que restringe la creación de políticas en un mundo que cambia rápidamente.<sup>15</sup>

### *Australia*

El federalismo es central a las políticas de atención a la salud en Australia, pero nuevamente, el gobierno federal tiene el liderazgo en el establecimiento de parámetros básicos de la política de salud, según lo demuestra el capítulo de Linda Hancock. La modificación constitucional de 1946 extendió las facultades de la comunidad para incluir leyes sobre prestaciones farmacéuticas, de hospitales y de gastos médicos mayores y dentales. Como resultado, la atención médica (Medicare), programa de salud nacional creado en 1984, se administra en dos partes, una meramente federal y otra con un diseño federal/estatal. El gobierno de la Comunidad (Commonwealth) proporciona directamente acceso a los doctores, farmacéuticos e instituciones de atención a los enfermos bajo los Esquemas de Prestaciones de Gastos Médicos y de Farmacia, que son administrados por la Comisión de Seguros de Salud de la Comunidad (Commonwealth) y opera en términos similares en todo el país.

En contraste, el acceso al cuidado hospitalario público se establece a través de los acuerdos bilaterales entre la Comunidad/estado, que se renegocian cada cinco años. Sin embargo, el gobierno de la Comunidad (Commonwealth) también ejerce influencia considerable en este punto, y el cuidado hospitalario mantiene las características de un servicio “nacional”. Los principales instrumentos de la influencia federal son los Pagos para Servicios Especiales (SPP, por sus siglas en inglés), que se otorga a los estados sujetos a las condiciones diseñadas para cumplir con las metas nacionales. El principal SPP del sector hospitalario, conocido como Prestación del Cuidado de la Salud está compuesto de requerimientos muy detallados; por ejemplo, se espera que todos los hospitales públicos de los estados cumplan con objetivos de rendimiento estipulados por el Departamento de la Comunidad para Servicios de Salud y Familiares, que audita constantemente para asegurarse de que se cumplan los objetivos. Durante la década de los 80, la confianza en los SPP condicionales cambió como resultado de las modificaciones del gobierno en el poder en Canberra, con los gobiernos del partido laborista

favoreciendo los otorgamientos condicionales y la Coalición Liberal/Nacional inclinando la balanza hacia las prestaciones en bloque incondicionales. Sin embargo, desde esa fecha, la participación de los SPP ha sido reincorporada como una fuente continua de influencia central en el sector del cuidado hospitalario, e inclusive la administración conservadora ha mostrada una ligera inclinación para relajar las condiciones inherentes al financiamiento del programa social federal. Además, como lo indica el capítulo sobre Australia escrito por Linda Hancock, el gobierno de la Comunidad (Commonwealth) también tiene influencia en los servicios de salud a través de otras iniciativas que cubren los servicios gubernamentales, en su conjunto, como su Política de Competencia Nacional.

Aunque los parámetros de la política de salud tienden a establecerse en forma central, los gobiernos estatales tienen la oportunidad de influir en el esquema federal a través de un complejo conjunto de organismos intergubernamentales que caracterizan el federalismo australiano. La Comisión de Otorgamientos de la Comunidad (Commonwealth), designado conjuntamente por los dos niveles de gobierno, desempeña una función de suma importancia en el manejo de los conflictos intergubernamentales en cuestiones financieras. Además, las Conferencias de los Primeros Ministros, conferencias ministeriales, del Consejo de Créditos y en años recientes del Consejo de Gobiernos Australianos (COAG, por sus siglas en inglés), representan espacios de negociación intergubernamental en donde se desarrollan iniciativas importantes en forma conjunta y se manejan los conflictos entre gobiernos. El gobierno de la Comunidad (Commonwealth) tiende a ejercer el liderazgo en estos organismos, pero la red de instituciones mantiene un debate y coordinación regulares entre los niveles de gobierno. Aunque estos mecanismos de coordinación intergubernamental no son tan poderosos como el caso alemán, se aseguran de que muchos de los programas sociales tengan como guía los objetivos nacionales, así como objetivos federales más restringidos.

### *Estados Unidos*

Estados Unidos se parece a Australia ya que se basa en una administración diferenciada, federal y estatal, de los componentes del sistema de atención a la salud pública. Sin embargo, Estados

Unidos representa un caso obviamente bipolar que combina, tanto programas altamente centralizados como descentralizados. En Medicare, el programa público más importante, es un programa estrictamente federal, con pocos aspectos intergubernamentales, que cubre virtualmente a todas las personas mayores de 65 años y aproximadamente 5 millones de discapacitados menores de 65 años; y representa aproximadamente dos terceras partes del gasto total de atención a la salud pública en el país. Las políticas respecto a Medicare son determinadas por el Congreso federal y el programa se administra en todo el país a través de una dependencia federal. Durante toda su existencia, Medicare ha sido apoyado por el público, el poderoso sector burocrático y los comités del Congreso. Como resultado, este gran pilar del sistema de seguro para salud pública opera como un sólo programa en el país, en su conjunto

En contraste, el segundo y más pequeño pilar del sistema público opera en una forma descentralizada. El Medicaid, un programa de salud dirigido principalmente a la gente de bajos recursos, y el Programa de seguro para la salud infantil a nivel estatal, una nueva iniciativa dirigida a los hijos de familias de bajos ingresos, son programas federales-estatales respaldados por los otorgamientos federales condicionados y administrados por los gobiernos estatales. En el programa Medicaid, los extensos lineamientos federales determinan la elegibilidad general y las normas de cobertura, pero dejan un espacio considerable para que los estados diseñen sus programas de acuerdo a las condiciones y preferencias locales. Además, la administración federal tiene autoridad de otorgar suspensiones de algunos reglamentos a estados individuales para experimentar en el diseño de programas. Como veremos en forma más detallada en los capítulos siguientes, el resultado es que los programas estatales varían en forma considerable en los requerimientos de elegibilidad, cobertura de servicio, límites de uso, políticas de pago de los prestadores de servicio, confianza en el cuidado administrado y el desembolso por receptor. Además, el Programa del Estado de Seguro para la Salud Infantil provee mayor flexibilidad que el Medicaid.

En contraste con la mayoría de los demás sistemas federales, la mediación de los conflictos federales-estatales en Estados Unidos no ocurre a través de los mecanismos formales intergubernamentales. Aunque los tribunales pueden y de hecho desempeñan una función, los conflictos sobre los términos y condiciones del respaldo federal circulan hacia la política nacional, en donde los gobiernos estatales ejercen presión al Congreso, especialmente el Senado

en donde estas cuestiones tienden a resolverse. Aunque los miembros del Senado normalmente protegen los intereses de sus estados en las batallas sobre asuntos como la fórmula de financiamiento para programas federales-estatales, son agentes políticos independientes y no necesariamente están de acuerdo con, o hablan a favor del gobernador y administración estatales en lo que a política general de salud se refiere. De esta forma, en el análisis final, es el gobierno central quien resuelve las tensiones intergubernamentales en los componentes federales-estatales del sistema.

### *Canadá*

La política de salud en Canadá constituye la más descentralizada de los cinco sistemas estudiados. El seguro de salud y los servicios de salud en general recaen en la jurisdicción de las provincias, y los primeros pasos hacia la seguridad social universal se llevó a cabo a nivel provincial y la provincia de Saskatchewan desempeñó un papel importante. A diferencia de Australia y Estados Unidos, el gobierno federal no otorga ninguna proporción significativa en la cobertura de salud directamente a los ciudadanos, en conjunto.<sup>16</sup> La influencia federal se ha extendido a través de transferencias financieras a los gobiernos de las provincias, lo que facilitó la ampliación de innovaciones de provincias en todo el país en su conjunto y el establecimiento de un enfoque pan-canadiense al Medicare durante los años de la posguerra. Sin embargo, la política de la federación canadiense aseguró desde el inicio que las condiciones inherentes a la transferencia federal fueran menos específicas que en otras federaciones; y el cambio de los otorgamientos condicionales al financiamiento en bloque para la atención a la salud en 1977 eliminó en gran medida el escrutinio federal cotidiano de las decisiones específicas de las provincias.

Como señala el capítulo de Antonia Maioni, la atención a la salud en Canadá se concibe como una serie de sistemas de seguro para la salud de las provincias que operan dentro de un amplio parámetro federal. La legislación federal, la *Ley de Salud de Canadá*, especifica que los planes de seguros para provincias que reciben financiamiento federal deben reflejar cinco principios: deben proporcionar una cobertura universal; deben cubrir todos los “servicios

médicamente necesarios”; deben administrarse públicamente; la cobertura debe darse fuera de las provincias; y el acceso no debe limitarse por las aportaciones del usuario o la facturación extra de los doctores, ya que ambos casos están prohibidos por la ley. Dentro de estos parámetros, las provincias diseñan los sistemas de salud y su prestación, como lo consideren conveniente. Los gobiernos de las provincias definen los “servicios médicamente necesarios” que realmente están cubiertos, y algunas diferencias menores han surgido en todo el país. Las provincias también son responsables de la prestación del servicio, y en este punto se han desarrollado diferencias organizacionales. Las provincias regulan los hospitales, las clínicas, las instituciones de atención a los enfermos así como otras instituciones de salubridad; negocian los honorarios de los doctores y otros profesionales de la salud; establecen los presupuestos globales de los hospitales; tienen la responsabilidad final de los costos de la atención a la salud. Dentro de este contexto, no es de sorprender que los gobiernos de las provincias hayan asumido el liderazgo de la reestructuración de la prestación de servicio de salud en Canadá, y que, como veremos más adelante, surjan diferencias en los mecanismos de gobernabilidad y prestación de servicio en los sectores de atención a la salud en todo el país.

Las tensiones entre los parámetros federales y la responsabilidad de las provincias se intensificaron en la década de los 80 y los 90 ya que se redujeron las aportaciones federales a los presupuestos de salud en las provincias, especialmente en el presupuesto federal de 1995. En ese punto, lo que había sido una constante tensión intergubernamental derivó en una lucha política entre los dos niveles gubernamentales. Desafortunadamente, Canadá tenía pocos mecanismos intergubernamentales eficaces para controlar el conflicto. A diferencia de Alemania, los gobiernos de las provincias no tienen ninguna participación en la legislatura federal; a diferencia de Bélgica, no hay requerimientos formales para notificación y consulta por anticipado; y a diferencia de Australia, no hay instituciones intergubernamentales o comisiones expertas posicionadas para coordinar los elementos de la relación. Las negociaciones intergubernamentales en Canadá operan a través de un organismo informal de comités a nivel de funcionarios, ministros, y primeros ministros. En el periodo subsiguiente a las reducciones de 1995, el gobierno federal así como todas las demás provincias, excepto Québec, llegaron al Acuerdo de Esquemas de la Unión Social, que provee un nivel modesto de estructura para estos

procesos. Sin embargo, por los estándares de muchas otras federaciones, las estructuras intergubernamentales en Canadá continúan siendo débiles en comparación con la intensidad de las divisiones.

### *Patrones Generales*

Cabe destacar que en todas las federaciones en estudio, el sector de atención a la salud opera dentro de un amplio esquema político que establece funciones principales del sistema para el país en su conjunto. La atención a la salud involucra la prestación de servicios altamente personales a individuos en distintos contextos, hecho que llevado a muchos teóricos a sugerir un enfoque descentralizado, y el nivel estatal/provincial tiene un importante papel en estos países. Inclusive en la más centralizada de las cinco federaciones en estudio, las unidades federadas tienen responsabilidades significativas para las instituciones de salud como son los hospitales y las clínicas. Pero parece que en ninguna federación la política de salud es una responsabilidad meramente regional. Esto es cierto para los demás países que no se han estudiado a detalle en este documento, como Suiza, que a menudo se considera como la más descentralizada de las federaciones.<sup>17</sup>

Sin embargo, como hemos visto, las federaciones difieren en forma considerable tanto en el alcance del sistema federal como en las formas en las que se toman las decisiones acerca de dicho sistema. El parámetro para establecer políticas es altamente centralizado y es un proceso corporativo en Bélgica y Alemania, aunque la administración del programa y la prestación de servicios procede descentralizadamente a través de redes de fondos sociales. Australia y Estados Unidos son los casos intermedios. En ambos países, el gobierno central tiene plena responsabilidad de los componentes básicos de los seguros para la atención a la salud, la operación directa de programas a los ciudadanos. Ambos países también se basan en la programación de costos compartidos para otros componentes del sistema, pero Australia establece una condicionalidad más compleja para sus transferencias en esos programas. Los gobiernos estatales están más directamente representados en el proceso de la definición de una política de salud que en Estados Unidos. Finalmente, Canadá es el caso, de todos estos cinco, en

los que el esquema común está más limitado. El gobierno federal no aporta componentes significativos al sistema de atención a salud a los ciudadanos y los principios relacionados con la Salud y Bienestar Social en Canadá (CHST, por sus siglas en inglés), son muy generales, por lo que deja la mayoría de las decisiones políticas importantes a los gobiernos de las provincias.<sup>18</sup>

El equilibrio entre el gobierno regional y central en las federaciones se desarrolla constantemente. En casi todos estos países se ejerce presión para que exista una mayor descentralización, y se han tomado algunas medidas para llevarla a cabo. Sin embargo, la tendencia no es uniforme. En algunos casos, las presiones para la restricción de costos, que se analizan más a detalle a continuación, están generando dinámicas de centralización. Alemania es uno de los países en donde la legislación federal ha intervenido más extensamente que en el pasado, en un esfuerzo por contener los gastos del sector salud. Australia también se basa en un modelo más centralizado, después de breves experimentos con una mayor descentralización en la década de los 80. En otros casos, las presiones para la descentralización han tenido poco impacto. En Canadá, la aportación financiera del gobierno federal cayó durante la década de los 80 y 90, debilitando considerablemente la legitimidad política de su participación en el sistema. Sin embargo, los parámetros políticos arraigados en la *Ley de Salud de Canadá* no aminoraron, y el gobierno federal en la actualidad ha reincorporado recientemente las aportaciones financieras que se redujeron a mediados de la década de los 90.

Además, cuando ha habido una descentralización en el sector de atención a la salud, ha tendido a ser menos extenso que en otros sectores políticos. En Bélgica, el establecimiento de un sistema federal permitió la transferencia de responsabilidades limitadas de los servicios de salud hacia los nuevos gobiernos de la Comunidad y Regionales; sin embargo la seguridad social, incluyendo el seguro para salud, continúa altamente centralizado en comparación otras políticas y se han bloqueado las recientes demandas de la Comunidad flamenca para la descentralización. De manera similar, el gobierno federal en Canadá aceptó una descentralización importante en programas de asistencia social y el mercado de mano de obra, sin embargo ha resistido las presiones de un cambio parecido en la atención a la salud. La decisión en Estados Unidos para descentralizar el control sobre Medicaid es, por lo tanto, una excepción en estos cinco países. Sin embargo, aún aquí, es importante notar que si bien la seguridad social cambió de giro hacia un mecanismo de beneficio en bloque, el Presidente Clinton vetó una propuesta similar para

Medicaid. Por lo tanto, de muchas maneras la función de los gobiernos centrales es un patrón a destacar en estos países. La atención a la salud parece mantener una sensibilidad política especial que restringe las presiones de la descentralización.

## EL IMPACTO DEL FEDERALISMO EN LA POLÍTICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

Entonces, ¿cuál es el impacto de las diferencias en las instituciones federales en la atención a la salud? Los estudios del caso en este volumen proporcionan diferentes respuestas a esta pregunta. En un extremo, los analistas de países con sólidos esquemas centrales y procesos consensuales de decisión tienden a relegar la importancia del federalismo en un segundo plano. Johan de Cock concluye que “el impacto de la estructura estatal federal sobre la política de salud (en Bélgica) está muy limitada todavía”; y Dietmar Wassener argumenta que “el federalismo continuará jugando un papel secundario en la definición del modelo de atención a la salud alemán”.<sup>19</sup> Por otro lado, Antonia Maioni concluye su estudio de Canadá mencionando que “el federalismo es una característica definitoria del modelo de atención a la salud canadiense.”<sup>20</sup> Sin que nos sorprenda, las opiniones de los dos casos intermedios, Australia y Estados Unidos están mejor calificadas y tienden a enfocarse menos en las implicaciones del federalismo para las características básicas del sistema de atención a la salud y más en el manejo eficiente del sistema. En Australia, Linda Hancock, señala los obstáculos federales a la eficiencia y reformas, citando un reciente reporte de la comisión que recomendaba “en donde sea posible y en primer lugar, es mejor evitar la participación de múltiples niveles de gobierno.”<sup>21</sup> Pero en el caso de Estados Unidos, David Colby también limita la importancia del federalismo argumentando que “nuestra falta de racionalidad en el desarrollo del programa no se basa en nuestro sistema federal sino en nuestro sistema de partidos y gobierno.”<sup>22</sup>

Una comparación más cercana de las experiencias mencionadas en los capítulos por país, arrojan luz acerca de la influencia de las instituciones federales sobre la política de salud. El capítulo señala estas comparaciones al explorar las cuestiones, incluidas en dos agendas distintas, que en combinación definen la tensión principal en las políticas de atención a la salud en las naciones de la OECD: el acceso al cuidado de la salud por un lado y la planeación presupuestal

por el otro. Al abordar la agenda de acceso en un contexto federal, nos concentramos en la medida en que los ciudadanos de todas las regiones de un país reciben niveles similares de servicios de salud. Al tratar la agenda de planeación, exploramos la capacidad de estos cinco países para dar seguimiento a las estrategias que restringen el crecimiento del gasto para la atención a la salud.

### *Acceso a la atención a la salud: Ciudadanía Social y Diversidad Regional*

Todo estado federal debe establecer un equilibrio entre dos valores sociales: el compromiso a la ciudadanía social que puede lograrse a través de un conjunto común de servicios públicos para todos los ciudadanos en el país; y el respeto a las comunidades y culturas regionales, que se logra mediante la toma descentralizada de decisiones y una amplia diversidad de los servicios públicos a nivel estatal/de provincias. El debate en este equilibrio es continuo en todas las federaciones. El discurso varía de un país a otro, y en la práctica, la discusión puede enredarse rápidamente en cuestiones excesivamente técnicas de las finanzas intergubernamentales y los asuntos complejos de interpretación constitucional. Sin embargo, la cuestión subyacente es simple y profunda. ¿Qué comunidad debe ser la principal en la definición de los beneficios sociales: la comunidad “nacional” de todos los ciudadanos por un lado; o las comunidades regionales definidas por las fronteras estatales/ provinciales por el otro?<sup>23</sup> No hay una sola respuesta a esta pregunta. La respuesta adecuada variará de federación en federación, dependiendo de la naturaleza de las identidades políticas y de los conceptos de comunidad imbuidos en esa cultura.

En este contexto, el concepto de ciudadanía social no se restringe a programas universales proporcionados a todos los ciudadanos. Los programas selectivos o focalizados también son importantes si funcionan en forma similar en todo el país. La cuestión es si los ciudadanos en situaciones económicas y sociales similares reciben un trato igualitario, independientemente de si viven en el país, o de si los beneficios públicos a los que tienen derecho los ciudadanos dependen en gran medida de la región en donde reside. ¿Un bebé enfermo en una región tiene acceso al mismo nivel de cuidado en los mismos términos y condiciones que un bebé enfermo en otra región del mismo país?

El balance entre los beneficios comunes y la diversidad regional de las federaciones se ve influenciado por dos instrumentos clave: la fortaleza del esquema de la política federal

establecida por la política de salud, y la fortaleza de las transferencias financieras entre regiones. Según se menciona en la sección anterior, puede establecerse un esquema común en dos formas. En algunas federaciones, se diseñan programas de salud importantes que el gobierno federal aplica directamente a los ciudadanos, como es el caso de Medicare en Estados Unidos y de los programas de Prestaciones de Gastos Médicos y de Farmacia en Australia. Estos programas operan a nivel país, proporcionando a todos los ciudadanos beneficios comunes para un componente importante del sistema de atención a la salud. Un segundo enfoque es la legislación central que establece los parámetros de política dentro de los que otras dependencias diseñan y aplican los programas de salud. En Bélgica y Alemania, esa legislación establece el esquema de los fondos sociales que administra el seguro para la salud. En otras federaciones, la legislación federal establece parámetros para los gobiernos estatales/de provincias, como es el caso de Medicaid en Estados Unidos, los servicios de hospitales en Australia y la atención a la salud en general en Canadá.

El segundo instrumento clave para la agenda de la ciudadanía social es las transferencias interregionales. El caso de un poderoso sistema de transferencias interregionales en la federación se basa en la convicción de que los ciudadanos de todas las partes del país deben tener derechos a beneficios y servicios similares sin tener que pagar impuestos significativamente diferentes.<sup>24</sup> Las regiones más ricas de cualquier país disfrutan de un círculo virtuoso de menores necesidades sociales y mayor capacidad de ingresos; las regiones más pobres confrontan un círculo vicioso de mayor necesidad social y menor capacidad de ingresos. El sufragar un sistema común o inclusive similar de beneficios/impuestos en esas circunstancias requiere inevitablemente de alguna forma de transferencia interregional. Esas transferencias también permiten que las federaciones reduzcan al mínimo el peligro de que las diferencias regionales a nivel fiscal y de beneficios comiencen a influir en la migración tanto de capital como de personas en todo el país, ayudando así a evitar los tan discutidos peligros similares de “fuga de capitales” y “atracción del bienestar”.

En los estados federales, las transferencias interregionales adoptan dos formas. En los programas aplicados directamente por el gobierno central, las transferencias son implícitas más

que explícitas, lo que resulta del impacto diferencial de los beneficios e impuestos comunes en las regiones de situaciones económicas dispares. Dichas transferencias tienden a ocultarse, pero no son menos reales por su naturaleza opaca. En el caso de los programas aplicados por otras autoridades, ya sea a fondos sociales o gobiernos estatales/de provincias las transferencias son más explícitas. En Alemania, el seguro para la salud se financia a través de las aportaciones gravadas por los propios fondos sociales, y al reducir la variación del paquete de beneficios/aportaciones en todos los planes se ha desarrollado un gran esquema de distribución entre fondos, conocido como el mecanismo de igualdad de riesgo (REM, por sus siglas en inglés), que se analiza a detalle en el capítulo escrito por Wassener. Aunque el REM no fue diseñado como un mecanismo de transferencia explícitamente interregional, tiene el efecto de cambiar recursos entre las regiones del país. Además, las transferencias masivas del oeste al este de Alemania han requerido crear normas comparables en los servicios públicos, incluyendo la atención a la salud, cruzando la antigua frontera. En los países en donde los gobiernos estatales/provinciales aplican importantes programas de salud, las transferencias interregionales netas se incluyen en los mecanismos de transferencia formal. En algunos casos, como ocurre en una forma limitada en el caso de Medicaid en Estados Unidos, la redistribución se basa en la fórmula de financiamiento del programa. En otros países, la redistribución interregional fluye a través de un programa separado como en el beneficio de “solidaridad nacional” belga, el programa de igualdad canadiense, las transferencias inter-Länder de Alemania y el sistema de ajustes a las transferencias intergubernamentales de Australia.

Las políticas de las transferencias interregionales cada vez son más controvertidas en todos los estados federales, como lo aclaran los diversos capítulos de este libro. Es interesante notar que la forma de la redistribución no parece afectar la intensidad del debate político. Uno podría esperar que las transferencias menos visibles e implícitas incluidas en los programas centralmente operados fueran menos impugnadas políticamente; y ciertamente, algunas personas parecen preocupadas, por ejemplo, respecto a las transferencias interregionales incluidas en el Esquema Farmacéutico en Australia. Sin embargo, los efectos aislantes de esta implicación difícilmente son perfectos. En Estados Unidos, la fórmula que rige los pagos de los Servicios de Administración de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), de acuerdo al Medicare generó una batalla política entre los estados rurales y urbanos que el Senado tiene que resolver. Más

dramáticamente, los nacionalistas Flamencos en Bélgica han recusado políticamente las transferencias implícitas en la seguridad social del gobierno federal y los programas de seguros para la salud. En este caso, la naturaleza opaca de las transferencias posiblemente creó más oportunidades para que los políticos nacionalistas radicales realizaran declaraciones exaltadas sobre su tamaño.<sup>25</sup>

Las transferencias explícitas a los demás gobiernos o fondos sociales también pueden provocar discusión política. Sin embargo, nuevamente, parece que no hay una correlación clara entre la forma de transferencia y el nivel de controversia. Incluir la redistribución interregional en la fórmula de financiamiento general para los programas de salud fue recibido con relativa calma en el caso de Medicaid en Estados Unidos, tal vez debido a que no existe ningún programa de igualdad diferenciado en ese país.<sup>26</sup> Sin embargo en Canadá, las provincias más ricas tradicionalmente pelean en contra de una fórmula diferencial de la transferencia federal para la atención a la salud, insistiendo que la redistribución interregional debe limitarse a programas diferenciados de igualdad. En Alemania, ambas formas de transferencia han generado nuevos retos. En muchas formas, el compromiso a la solidaridad interregional es mayor en Alemania y las leyes básicas facultan al gobierno federal para asegurar “el establecimiento de condiciones de vida iguales en todo el territorio federal”<sup>27</sup> A pesar de este compromiso, los retos políticos han surgido en los últimos años. El mecanismo de igualdad de riesgos, que es, estrictamente hablando, una transferencia entre fondos más que una transferencia entre inter-Länder, ha sido objetado legalmente por algunos fondos de salud y políticamente por algunos gobiernos Länder.<sup>28</sup> Además, el Länder más rico al sur ha lanzado acusaciones legales al esquema múltiple financiado fiscalmente inter-Länder quejándose de las regiones receptoras del norte.

Al final, los políticos de la redistribución interregional parecen haberse basado menos en la forma de transferencia y más en el nivel subyacente de apoyo político para nociones de solidaridad y ciudadanía social. Los países federales difieren en su tolerancia de las variaciones regionales en los paquetes fiscales y de beneficios, reflejando los diferentes niveles de compromiso a la igualdad de los ciudadanos individuales por un lado y respecto de las diferencias culturales, autonomía regional y descentralización por el otro.<sup>29</sup> Entre nuestras cinco

federaciones, los niveles más fuertes de redistribución interregional para respaldar el cuidado de la salud parecen encontrarse en Bélgica, Alemania y Australia. Parece que Canadá cayó dentro de una categoría intermedia. La constitución canadiense incluye un compromiso para un programa de igualdad para respaldar las regiones menos prósperas, pero la fórmula de financiamiento no es tan poderosa como en estas otras federaciones. Sin embargo, es Estados Unidos quien define el otro extremo del espectro. No existe un programa separado para igualar la capacidad fiscal de los gobiernos estatales, y los estados reciben ayuda fiscal relativamente limitada del gobierno central, lo que restringe la capacidad de los estados más pobres para proveer niveles promedio de servicios públicos o introducir programas innovadores por su cuenta.<sup>30</sup>

En combinación, la especificidad del sistema central y la fortaleza de la redistribución interregional establecen el apuntalamiento estructural del balance entre la ciudadanía social y la diversidad regional en la definición de la atención a la salud. Los patrones en las cinco federaciones se resumen en la Figura 1. Bélgica, Alemania y Australia comprenden un grupo, caracterizado por fuertes esquemas comunes y una sólida redistribución interregional. Estados Unidos y Canadá representan los casos en contraste. Estados Unidos tiene un esquema intermedio con un bajo nivel de redistribución interregional, mientras que Canadá tiene el esquema común más débil con un nivel medio de redistribución interregional.

Estas estructuras definen el espacio de política real disponible para distintos enfoques regionales o locales para la atención a la salud. Cómo se utiliza el espacio político en la práctica depende en un rango de factores mucho más amplio: las diferencias culturales y políticas en el país; las diferencias en la relativa fortaleza de los beneficiarios, etc. Un análisis más detallado de los puntos determinantes de la elección de política de la salud a nivel regional se extiende más allá del alcance de este estudio. Sin embargo, los estudios del caso en este volumen arrojan luz en el grado de variación regional de los beneficios de la salud que resultan de la interacción de los esquemas nacionales, redistribución interregional y de las distintas sociedades regionales.

*Variación interregional en servicios de salud.* El Cuadro 1 también resume la medida global de la variación interregional en los sistemas de atención a la salud en cada una de las cinco federaciones. No nos sorprende que un estándar común de beneficios de la salud en todo el país parezca más fuerte en Bélgica, Alemania y Australia. En el caso de Australia, por

ejemplo, no existen variaciones regionales (excepto en el caso de los territorios del norte), en dimensiones como el número de camas de hospital por 1,000 personas o el uso per cápita de los servicios médicos, y las disparidades geográficas primarias en el acceso a los servicios de salud tienden a ser entre áreas urbanas y rurales dentro de cada región.<sup>31</sup> Además, la estructura básica de la política y prestación de los servicios de la salud ha sido uniforme en el país con la expansión de la función federal del Medicare a partir de 1984.

Hace quince años había diferencias sustanciales entre los estados respecto a las tasas, costos y desembolsos públicos de hospitalización... la mayoría de estos han desaparecido. Los estados con mayor gasto han recortado los costos de la salud al mismo tiempo que los de menor gasto los han aumentado. Existían grandes diferencias estructurales iguales dentro de los sistemas estatales. Queensland y Tasmania eran estados tradicionalmente “públicos”, Victoria uno “privado” y New South Wales una mezcla más compleja de los dos. También mucho de esto ha desaparecido. La membresía de un seguro privado reflejaba la misma diversidad sistemática. En la actualidad no existe una diferencia significativa en la cobertura entre los estados y sería muy sorprendente si hubiera una.<sup>32</sup>

El impacto de las diferencias en la fortaleza de los sistemas comunes y las transferencias interregionales también es señalado por el contraste con Canadá y Estados Unidos. El paquete canadiense de preceptos federales incluido en la *Ley de Salud de Canadá* y la igualdad entre las provincias ricas y pobres genera un enfoque común a la elegibilidad y un paquete relativamente común de servicios de la salud para los canadienses en todo el país, según lo reportaron los cuadros en el capítulo de Antonia Maioni. Los desembolsos de la salud en las provincias más pobres representan una parte mucho más significativa del PIB provincial que en las provincias más ricas, algo que sería poco probable sin las transferencias interregionales. Sin embargo, dentro de estos parámetros comunes, el sistema canadiense deja un margen considerable para la variación entre provincias. Los diferentes enfoques de las provincias para la reestructuración y la restricción del gasto generan progresivamente diferencias en la gobernabilidad y la administración, así como en la prestación de los servicios de salud. Como un grupo de comentaristas remarcó “Con la excepción tal vez de Québec, durante los últimos veinticinco años

los sistemas provinciales de atención a la salud han compartido no sólo los cinco principios de Medicare sino también las estructuras similares de prestación y administración. En los años por venir, el único parecido será que comparten los principios de Medicare... Estos caminos divergentes retarán el concepto de un sistema “nacional”, en caso de que ese concepto existiera alguna vez”.<sup>33</sup>

Como hemos visto, Estados Unidos representa un caso bipolar. El Medicare establece un enfoque común a los servicios de salud pública para los adultos mayores y los discapacitados, pero la combinación de un sistema débil con iguales transferencias interregionales en el área de cuidado de la salud para niños y familias pobres significa que su protección está sujeta a marcadas disparidades regionales. Las diferencias en elegibilidad significaron que, en 1994, los beneficiarios de Medicaid de, como una proporción de la población de bajos ingresos, varió de un punto máximo de 79 por ciento en Vermont a un punto mínimo de 30 por ciento en Nevada, 36 por ciento en Dakota del Sur y 39 por ciento en Florida.<sup>34</sup> La variación en los niveles de servicio está claramente implícita en las diferencias de los pagos promedio por receptor de servicios de Medicaid, que en 1998 fluctuó entre \$8,961 en New York a \$2,386 en California, una diferencia que no puede explicarse sino como reflejo de los diferentes costos de salud en estos dos prósperos estados.<sup>35</sup>

*Federalismo y acceso a la atención a la salud: Patrón general.* La fortaleza del compromiso a un acceso similar a servicios de salud es una importante función de estas federaciones. A pesar de la importancia subyacente de la diversidad incluida en la lógica del federalismo, estas cinco federaciones se han organizado para limitar la variación interregional en el acceso a los servicios de salud pública que disfrutaban los ciudadanos en todo el país. Esto es verdad tanto como para federaciones multinacionales como Bélgica y Canadá y federaciones como Australia y Alemania en donde la diversidad cultural está menos concentrada a nivel regional. Sin duda existen importantes variaciones regionales en muchas federaciones, como se desprende de las diferencias estatales en el Medicaid de Estados Unidos y los crecientes y diferentes sistemas de prestación en Canadá. Sin embargo, parecería que existe un alcance limitado para las diferencias dominantes en los servicios de salud en los sistemas federales contemporáneos, una cuestión a la que volveremos al final.

*Restricción de costos en los estados federales*

Los sistemas de atención a la salud en los países de la OECD se han enfrentado a presiones de costo en los últimos 20 años, y los gobiernos han debatido una amplia gama de instrumentos políticos que esperan reducirá el aparentemente incesante crecimiento de los gastos de la salud. Las elecciones han fluctuado desde instrumentos firmes como los límites globales sobre los gastos para programas específicos hasta cambios en la combinación de servicios prestados y hacia instrumentos más complejos diseñados para modificar los incentivos que enfrentan los ciudadanos y los prestadores de servicio.<sup>36</sup>

El enfoque a la restricción de costos adoptado en cualquier país individual se ve determinado por la estructura de su sistema de atención a la salud. Como argumenta Touhy, la estructura básica del sistema de atención a la salud crea su propia lógica interna, que rige la forma en que responde a las presiones externas.<sup>37</sup> La estructura también determina los tipos de palancas que el gobierno puede utilizar más fácilmente para restringir los gastos: el sistema de un solo pagador en Canadá presenta diferentes niveles que la combinación pública/privada en Estados Unidos. Al cambiar la estructura del sistema de atención a la salud y crear apoyos completamente nuevos requiere la movilización de la voluntad política por parte de los líderes gubernamentales. Esas intervenciones son poco frecuentes. La intención por parte del gobierno de Thatcher en el Reino Unido de introducir “mercados internos” en el Servicio Nacional de Salud y el esfuerzo de reforma de la administración de Clinton en Estados Unidos representó dos de esas iniciativas, y ambas quedaron cortas respecto a las aspiraciones de sus promotores, principalmente en el caso de las reformas propuestas por Clinton. Por lo tanto, como punto central, los gobiernos tienden a basarse en los mecanismos que los sistemas de atención a la salud ponen a su disposición.

Las instituciones federales agregan un nivel adicional de complejidad a la restricción de costos y cabe notar que los estados federales tienen mayores dificultades en la restricción de presiones de costos. Como indica la Tabla 4, los estados federales dedicaron consistentemente una gran parte de su PIB a los desembolsos por conceptos de salud que los que hicieron los estados no federales en el periodo de 1960–98 (un porcentaje de 9.9 contra el de 7.8 en 1998).

Esto es cierto, se incluya o no a Estados Unidos, que ha comprometido una gran parte de su PIB a la salud mas que otros países de la OECD desde 1970; la exclusión de Estados Unidos reduce el promedio de los estados federales a 9.3 por ciento. La tasa de incremento en los desembolsos de salud como porcentaje de PIB también ha sido poco más alta en los estados federales que en los estados no federales, un patrón que comenzó en la década de los 80 y continúa hasta la década de los 90. Si bien los costos de salud en los estados federales aumentó en un porcentaje de 30.3 por ciento entre 1980 y 1988 (25.7 por ciento si se excluye a los Estados Unidos), el aumento del promedio en los estados no federales sólo fue del 16.4 por ciento. La Tabla 5 indica que la tarifa más alta de aumentos también representó el gasto *público* en concepto de salud. El aumento en los estados federales fue de más de 33 por ciento, una tasa que se reduce aproximadamente a 32 por ciento al excluir a Estados Unidos. Durante el mismo periodo, el aumento en los estados no federales fue tan solo 3.3 por ciento.

¿Por qué los estados federales tienen mayor dificultad para contener las presiones de costos? A menudo se ha argumentado que los intentos por contener el gasto de salud en un área simplemente cambia las presiones hacia cualquier otra parte del sistema, como un globo que se aprieta de un lado y se expande del otro. Los sistemas federales pueden ser más propensos al cambio de costos en dos direcciones. Primero, como lo vimos anteriormente, el sector privado de salud tiende a desempeñar una función mayor en las federaciones, aumentando las oportunidades de cambio de costos entre los patrocinadores públicos y privados. En segundo lugar, la participación de los dos niveles del gobierno en la definición de los programas de salud pública aumenta las oportunidades de que la restricción de costos involucre un cambio de costos entre gobiernos. La forma más simple de esta dinámica ocurre cuando un gobierno central reduce sus transferencias a los gobiernos estatales o provinciales, sin facilitar simultáneamente las condiciones inherentes al financiamiento, como en el caso de los mandatos federales no financiados en Estados Unidos o la práctica del gobierno canadiense de reducir sus transferencias a las provincias en tanto continúa aplicando los principios establecidos en la *Ley de Salud de Canadá*.

Esta lógica parecería sugerir que los esfuerzos para restringir el gasto de salud pública en las federaciones sería más fácil cuando el control sobre los instrumentos de política clave se maneje en forma más efectiva en ese nivel de gobierno, ya sea federal o estatal/de provincias.

En los casos en que el control sobre los niveles clave de restricción de costos se divide, los prospectos de restricción de costos pueden parecer que dependen mucho de la efectividad de los mecanismos de la coordinación intergubernamental.

Estas dinámicas se muestran a través de un análisis de los diversos países considerados en este estudio. Como lo indica Cock en su capítulo sobre Bélgica, la concentración del control sobre las palancas fiscales en la política de salud en el gobierno central elimina virtualmente el alcance del cambio de costos entre los niveles de gobierno. En caso de Alemania, en tanto la prestación de servicio por los fondos representa un sistema muy descentralizado, el control sobre los niveles de política se concentran a nivel nacional, y el sistema de decisión requiere de un alto grado de consenso intergubernamental. En este contexto, el federalismo no representaba ninguna barrera al esfuerzo realizado para restringir costos en la *Ley de Reforma de Salud Estructural* de 1993. La legislación contenía tanto un esfuerzo de corto plazo para estabilizar los costos como una estrategia a largo plazo de reformas estructurales diseñadas para modificar la dinámica subyacente dentro del sistema de atención a la salud. Esta estrategia incluía cambios significativos en el sistema de remuneración a hospitales, una redefinición de la división del trabajo entre los practicantes generales y especialistas, controles sobre el número de doctores y su distribución regional, cambios en el reembolso de medicinas, mayor competencia entre los fondos de salud para los clientes y el mecanismo de igualdad de riesgo diseñado para nivelar el campo de juego en el que competirían. Aunque hubo un debate acerca de la efectividad relativa de los diversos componentes de la legislación de 1993, representaba claramente un paquete importante de medidas. Debido a que la legislación afectó la función presupuestaria de los Länders en el sector hospitalario, ella debía adoptarse en el Bundesrat, así como en la cámara baja del parlamento. Ello requería de un consenso intergubernamental, así como uno entre los socios. Dicha aprobación no es automática. En el 2000, el gobierno federal propuso una reforma reglamentaria a la *Ley a la Reforma de Seguros para la Salud*, que incluía un presupuesto máximo global, no solo para áreas específicas, sino para el sistema en su totalidad. La propuesta tuvo que ser retirada dada la oposición del Bundesrat. Sin embargo, la combinación de la responsabilidad central para la legislación del esquema y un poderoso

mecanismo de coordinación intergubernamental había probado ser consistente con la extensa acción sobre la restricción de costos.

Del otro lado del espectro, el modelo canadiense altamente descentralizado también provee la capacidad para una fuerte retención de costos. De hecho, se ha comprobado que el sistema canadiense provee un rango considerable de acción para desviar la carga, según se menciona anteriormente. El gobierno federal cambió los riesgos potenciales inherentes a las presiones del costo de la salud a los gobiernos de las provincias a finales de la década de los 70 cuando cambió de una participación de costos finales abiertos a fondos de bloque. Durante la década de los 80 y 90, Ottawa trasladó los costos reales, reduciendo la transferencia de fondos de bloque. Además, las condiciones inherentes a la *Ley Federal de Salud de Canadá* impiden ciertas opciones a nivel de provincias, especialmente a aquellas que involucran las comisiones y pagos conjuntos del usuario. Sin embargo, dentro de estas restricciones, los gobiernos de las provincias tienen la ventaja del modelo de un solo contribuyente, que provee poderosos niveles de retención de costos. Los gobiernos provinciales limitarán sus propias obligaciones financieras al reducir los presupuestos de servicios hospitalarios y posteriormente de los doctores, y al cerrar muchos hospitales y reestructurar otros. En un sistema de un solo contribuyente, los prestadores de servicio no tuvieron ningún otro lugar a donde trasladar sus costos y por lo tanto tuvieron que realizar intensas negociaciones con los gobiernos de las provincias y con las estructuras regionales establecidas en la mayoría de las provincias.<sup>38</sup> Este poder altamente concentrado probó ser relativamente efectivo en la retención de costos. Durante el periodo entre 1992 y 1997, cuando los gobiernos canadienses luchaban por eliminar su déficit, el gasto público en la atención a la salud se redujo en un promedio de 2 por ciento al año. Aunque el gasto privado de salud creció en este periodo, el dominio del sector público en los principales servicios de salud aseguraron una reducción substancial de los gastos totales en salud en Canadá durante este periodo. La consolidación del poder a un nivel no crea claramente la capacidad para que los gobiernos reduzcan el sistema cuando se necesita.

Las federaciones en donde las responsabilidades de gastos se dividen en forma más uniforme entre los dos niveles de gobierno parecían enfrentar retos mayores al asegurarse que los esfuerzos no degeneraran completamente en desplazamiento de costos. Este reto se ilustra más claramente en los Estados Unidos, en donde la multiplicidad de contribuyentes en el sector

público y privado hacen imposibles las estrategias integradas de restricción de costos.

## CONCLUSIONES

En concordancia con otros estudios acerca de la participación de las instituciones políticas, las conclusiones que emergen de este estudio sugieren que las instituciones federales, por sí mismas, nunca son determinantes. A un nivel más amplio, el federalismo es claramente compatible con una amplia gama de sistemas de atención a la salud: amplia participación pública y pequeña participación pública; los sistemas corporatistas que se basan en los socios para otorgar beneficios; los sistemas que se basan en la administración a través de las dependencias gubernamentales. En promedio, la participación pública en el gasto de la salud en las federaciones es pequeña, un patrón que refleja los hallazgos de la literatura sobre el Estado benefactor. Pero, en general, la simple distinción entre los sistemas federales y no federales no va más allá. Otros factores, incluyendo la combinación de intereses económicos e ideologías políticas, así como las normas y valores imbuidos en la cultura subyacente deja profundas huellas en el sistema de atención a la salud que emergen en los diferentes países.

No obstante, la estructura de las instituciones políticas tiene una función importante al determinar las formas en las que los intereses y grupos en competencia participan en la lucha para definir la política de salud. Desde este punto de vista, el federalismo es de gran relevancia. Sin embargo, su importancia depende de la estructura específica de las instituciones federales y las formas en las que se arraigan en un ambiente político más amplio. Poner al descubierto los complejos vínculos entre las instituciones federales y la política de salud requiere de un examen minucioso de los diferentes países federales, como son aquellos que aparecen en los capítulos de este libro.

Los patrones más amplios que emergen de estas comparaciones entre países son impactantes. En primer lugar, en ninguna de estas federaciones la política de salud es meramente responsabilidad regional. Las federaciones varían mucho en cuanto a las responsabilidades de los gobiernos centrales y regionales en la política de la salud, la función de

los gobiernos regionales al dar forma a las políticas de salud del gobierno central, la naturaleza de las relaciones fiscales entre los dos niveles de gobierno y los mecanismos para coordinar sus programas. Sin embargo, el gobierno central desempeña una función en todos estos sistemas, y las presiones descentralizadoras tienen menos impacto sobre el balance entre los gobiernos centrales y regionales en este sector de políticas que en muchos otros. La sensibilidad política de atención a la salud asegurar que las políticas de salud tienen repercusiones en el país en su conjunto, incluso en los sistemas caracterizados por una fuerte política regional en otros sectores.

Además, la estructura específica de las instituciones federales y normas en cada país tiene implicaciones importantes para las funciones clave del sistema de atención a la salud. Como hemos visto, el federalismo es clave para, al menos, dos agendas distintas en torno la política de atención a la salud: la agenda de la ciudadanía y la agenda de la planeación racional. La división del trabajo entre los niveles de gobierno y la naturaleza de la relación fiscal interregional tiene poderosas implicaciones para la distribución de servicios de la salud entre los ciudadanos en el país en su conjunto. Si un niño enfermo en una región tiene acceso al mismo nivel de tratamiento en términos y condiciones comparables que un niño enfermo en otro extremo del país, depende en gran medida de los a menudo misteriosos detalles de las instituciones federales, normas y relaciones fiscales. La medida en la que los estados federales han tenido éxito en establecer una igualdad interregional en los servicios de salud es importante. En esta área, los estados federales parecen más bien no federales, lo que sugiere probablemente vez que la política democrática sea menos tolerante a la injusticia interregional en lo que respecta a la atención a la salud que otras formas de injusticia. Sydney Tarrow nos recuerda que “es a través de las unidades territoriales en las que viven”, que los ciudadanos “organizan sus relaciones con el estado, reconcilian o luchan contra los conflictos de intereses e intentan adaptarse políticamente a fuertes presiones sociales”.<sup>39</sup> Otras dimensiones de la injusticia no se reflejan tan directamente la vida política. En forma similar, la estructura del federalismo es relevante para la capacidad de los gobiernos de administrar, de manera efectiva, los sistemas de atención a la salud, asegurando que los recursos se utilicen correctamente y que los sistemas respondan de forma ágil al cambio. Ninguno de los vínculos es simple. Pero ninguno de ellos carece de importancia. De ahí emana el interminable debate respecto a la función central del esquema institucional en la política de atención a la salud en los estados federales.



CUADRO 1

Variación interregional en la atención a la salud.: Instrumentos y resultados

<i>País</i>	<i>Instrumentos</i>		<i>Resultados</i>
	<i>Especificación del esquema político</i>	<i>Transferencias interregionales</i>	<i>Diferencias interregionales en el sistema del cuidado de la salud</i>
Bélgica	alto	alto	bajo
Alemania	alto	alto	bajo
Australia	alto	alto	bajo
Estados Unidos	medio	bajo	medio
Canadá	bajo	medio	medio

## NOTAS

---

1. Este capítulo contó con la colaboración de investigación de Vincent Melillo. También incluimos los comentarios del Sr. Jacob Hacker y los participantes en seminario de políticas en la Universidad Brandeis en la que se presentó una versión preliminar en mayo del 2001.
2. Para un estudio que habla sobre la experiencia de varios estados federales para anticipar los asuntos involucrados en la devolución de servicios de salud a las autoridades regionales en Italia, vea George France, ed., *Federalismo, Regionalismo e Standard Sanitari Nazionali: Quattro Paesi, Quattro Approcci* (Milano: Dott. A. Giuffrè Editore, 2001).
3. Organización Mundial de la Salud, *El informe de salud mundial 1999* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1999).
4. Para un análisis de este enfoque, ver E. Immergut, "The Theoretical Core of the New Institutionalism," *Politics & Society* 26,1 (1998):5-34; F.W. Scharpf, "Institutions in Comparative Policy Research," *Comparative Political Studies* 33, 6/7 (2000):762-90, y *Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research* (Boulder: Westview Press, 1999); P. Pierson, "Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics," *American Political Science Review* 94,2 (2000):251-67; y K. Thelen y S. Steinmo, "Historical Institutionalism in Comparative Politics," en *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, ed. S. Steinmo, K. Thelen y F. Longstreth (Cambridge: Cambridge University Press, 1992). Para las aplicaciones de las políticas de salud, ver J. Hacker, "The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian and U.S. Medical Policy," *Studies in American Policy Development* 12 (1998):57-130; E. Immergut, *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe* (Cambridge: Cambridge University Press, 1992); y A. Maioni, *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1998).
5. G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1990); y F. Castles, "Australia's Strategy for Coping with External Vulnerability," en *The Comparative History of Public Policy*, ed. F. Castles (Cambridge: Cambridge University Press, 1989).
6. Es verdad que ninguna de las cinco federaciones ha establecido un servicio nacional integral de atención a la salud sobre el modelo inglés o sueco, en el cual el Estado presta los servicios de salud a ciudadanos a través de profesionistas médicos quienes son empleados por el Estado y los hospitales y otras instituciones propiedad del Estado. Establecer una función integral para el Estado en una federación sería un reto, probablemente no sea una sorpresa que estos estados

---

federales se apoyan en sistemas de seguro público. Mi agradecimiento a Jacob Hacker en cuanto a este punto.

7. Esta literatura tiene profundas raíces. Para los primeros ejemplos, ver H. Laski, "The Obsolescence of Federalism," reimpreso en *The People, Politics and the Politician*, ed. A. Christensen and E. Kirkpatrick (New York: Holt 1941); y A.H. Birch, *Federalism, Finance and Social Legislation in Canada, Australia and the United States* (Oxford: Clarendon Press, 1955). Para una excelente revisión de literatura más reciente, ver P. Pierson, "Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy," *Governance* 8,4 (1955):449-78.

8. A. Noel, "Is Decentralization Conservative?: Federalism and the Contemporary Debate on the Canadian Welfare State," en *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, ed. Robert Young (Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University 1999). Noel investiga un número de estudios de diferentes países, pero no considera la amplia literatura cuantitativa cross nacional sobre el tema.

9. Para una muestra de estos estudios, ver E. Huber, C. Ragin and J. Stephens, "Social Democracy, Christian Democracy, Constitutional Structure and the Welfare State," *American Journal of Sociology* 99,3 (1993):711-49; A. Hicks and J. Misra, "Political Resources and Growth of Welfare in Affluent Capitalist Democracies, 1960-1982," *American Journal of Sociology* 99,3 (1993): 668-710; A. Hicks and D. Swank, "Politics, Institutions and Welfare Spending in Industrialized Democracies, 1960-82," *American Political Science Review* 86,3 (1992): 658-74; M. Crepaz, "Inclusion versus Exclusion: Political Institutions and Welfare Expenditures," *Comparative Politics* 31 (1998): 61-80; and D. Cameron, "The Expansion of the Public Economy: A Comparative Analysis," *American Political Science Review* 72 (1978): 1243-61.

10. D. Swank, "Political Institutions and Welfare State Restructuring: The Impact of Institutions on Social Policy Change in Developed Democracies," en *The New Politics of the Welfare State*, ed. P. Pierson (Oxford: Oxford University Press 2001).

11. Ver a Jacob Hacker, *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States* (Cambridge: Cambridge University Press, forthcoming). Hacker escribe con base en información reciente de la OECD sobre gasto social neto que incluye gasto público y privado sobre programas sociales y valora el impacto de los factores institucionales sobre el balance entre acción pública y privada en todos los países.

12. L. Brown-John, "Other Models of Federal Systems Reviewed," en *Federal-Type Solutions and European Integration*, ed. L. Brown-John (Lanham: University Press of America, 1995), p. 195.

13. Referirse específicamente a R. Watts, *Comparing Federal Systems*. 2d ed. (Kingston and Montreal: Institute of Intergovernmental Relations and McGill-Queen's University Press, 1999).

14. El federalismo belga se caracteriza por una importante asimetría, y estas responsabilidades son administradas por el gobierno Regional en la comunidad francoparlante.

15. También referirse a Fritz Scharpf, “The Joint-Decision Trap: Lessons from German Federalism and European Integration,” *Public Administration* 66 (1988):239-78.

16. Las únicas excepciones son la responsabilidad federal directa ante el cuidado de la salud en los territorios del norte y para clases específicas de individuos tales como los aborígenes miembros de las fuerzas armadas y los reos de prisiones federales.

17. De acuerdo a la constitución de Suiza el seguro de salud es una responsabilidad federal. Bajo la reforma de 1996, la legislación federal en materia de seguro de salud estableció una obligación universal para que todos los residentes del país se aseguren con una de alrededor de 120 sociedades que ofrecen este seguro y especificó el paquete de servicios que las sociedades deberán incluir en el esquema de seguro para cuidados básicos de la salud. Las compañías tienen libertad para establecer sus primas y las diferencias existen dentro y entre los distritos. Sin embargo, la legislación federal establece un mecanismo de nivelación de riesgo designado para compensar las pérdidas de las sociedades y las transferencias federación/distrito compensan el impacto de los costos de seguro a los residentes de bajos ingresos. En el sistema posterior a 1996, ver E. Thuerl, “Some Aspects of the Reform of the Health Care Systems in Austria, Germany and Switzerland,” *Health Care Analysis* 17, (1999):331-54. Para un análisis más amplio del sistema previo a 1996, refiérase a OECD, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries* (Paris: OECD, 1994), ch. 20; and P. Lehmann, F. Gutzwiller and J. Martin, “The Swiss Health Care System: The Paradox of Ungovernability and Efficacy,” in *Success and Crisis in National Health Care Systems*, ed. M. Field (New York: Routledge 1989).

18. Para una diferente clasificación del alcance de la descentralización en el sector del cuidado de la salud en estados federales, ver P.G. Forest y K. Bergeron, “Les politiques de réforme du système de santé dans cinq fédérations: une analyse de travaux scientifiques récents,” in *Federalism and Sub-National Policies*, ed. L. Imbeau (próximamente). Para valorar el nivel de descentralización, Forest y Bergeron se enfocan principalmente en programas federales-estatales, y no en los programas administrados directamente por los gobiernos centrales en el país como un todo. Esto tiene implicaciones importantes. En el caso de Estados Unidos, por ejemplo, se enfocan en Medicaid y parecen ignorar Medicare. Esto lleva a la conclusión que el cuidado de la salud está más descentralizado en los Estados Unidos que en Canadá. Desafortunadamente la valoración parece ignorar a la mayoría de la acción pública en la atención a la salud de los Estados Unidos.

- 
19. J. de Cock, “Federalism and the Belgian Health Care System,” en este volumen; D. Wassener, “The German Health-Care System,” en este volumen.
20. A. Maioni, “Federalism and Health Care in Canada” en este volumen, p..... En una línea similar, Jacob Hacker concluye en su estudio comparativo que “el aspecto más distintivo de la asistencia pública canadiense es el papel principal que el federalismo ha ocupado en este desarrollo,” Hacker, “The Historical Logic of National Health Insurance,” p. 96.
21. L. Hancock, “Australian Intergovernmental Relations and Health,” en este volumen.
22. D. Colby, “Federal-State Relations in United States Health Policy,” en este volumen.
23. El uso de comillas en una comunidad “nacional” denota la ambigüedad del idioma de la nación en algunas federaciones. En federaciones multinacionales tales como Canadá y Bélgica las identidades políticas son múltiples y se yuxtaponen y la frase “nacional” puede ser ambigua. En el caso de Canadá por ejemplo, los líderes políticos *Québécois* — tanto federalistas como separatistas, dicen que Québec es una “nación” y que se requiere otro término para la comunidad de ciudadanos de todo Canadá.
24. Watts, *Comparing Federal Systems*, p. 50.
25. Para detalles, ver K. Banting, “Social Citizenship and the Multicultural Welfare State,” en *Citizenship, Diversity and Pluralism: Canadian and Comparative Perspectives*, ed. A.C. Cairns, J.C. Courtney, P. MacKinnon, H.J. Michelmann y D. Smith (Montreal and Kingston: McGill-Queen’s University Press, 1999).
26. En contraste, el impacto irregular en diferentes estados de la fórmula financiera asociada con el cambio a financiamiento en bloque en bienestar social generó una controversia intensa en el Congreso.
27. El Artículo 72.2 de la Ley básica de la República Federal Alemana. La Ley Básica había autorizado al principio acciones para mantener “la uniformidad de condiciones de vida”, pero se enmendó recientemente para proporcionar más flexibilidad en las expectativas implícitas en el lenguaje constitucional.
28. Agradecemos a Deitmar Wassener por su información complementaria.
29. Ver Watts, *Comparing Federal Systems*, pp. 50-53.
30. La clasificación de la fuerza de la redistribución interregional en diferentes federaciones es consistente con los análisis que se pueden encontrar en Watts, *Comparing Federal Systems*; R. Bird, *Federal Finance in Comparative Perspective* (Toronto: Canadian Tax Foundation, 1986); y L.S. Wilson, “Lessons for Canada from Other Federal Systems,” en *Equalization: Its Contribution to Canada’s Economic and Fiscal Progress*, ed. R. Boadway and P. Hobson

(Kingston: John Deutsch Institute for the Study of Economic Policy, Queen's University, 1998).

31. Ver información en Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's Health 2000: The Seventeenth Biennial Health Report of the Australian Institute of Health and Welfare* (Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2000), tales como las Tablas 5.22, S30, S31 y S50. Excepto por el Territorio del Norte, la variación en la mayoría de las dimensiones tiende ser menor a +/- 10 por ciento del promedio nacional. El informe pone mucha más atención a la división urbana/rural que a las diferencias interestatales.

32. J. Debble, según se cita en G. Gray, "Access to Medical Care under Strain: New Pressures en Canadá y Australia," *Journal of Health Politics and Law* 23,6 (1998):905-47.

33. J. Hurley, J. Lomas, y V. Bhatia, "When Tinkering is Not Enough: Provincial Reform to Manage Health Care Resources," *Canadian Public Administration* 37,3 (1994):514. Los autores anticipan que la mayor variación entre provincias en la administración y entrega, inevitablemente generará retos a los principios básicos de Medicare.

34. D. Liska y A. Salganicoff. *Medicaid Expenditures and Beneficiaries: National and State Profiles and Trends, 1988-1994*, 2d ed. De la Kaiser Commission on the Future of Medicaid, November 1996, Table 6. Véase también M. Sparer, *Medicaid and the Limits of State Health Reform* (Philadelphia: Temple University Press, 1996).

35. US Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, *A Profile of Medicaid: Chart Book 2000* (Washington, DC: Government Printing Office, 2001), Figure 2.8.

36. Para un sofisticado estudio comparado de los factores complejos que regulan los costos de salud, ver OECD, *New Directions in Health Care Policy* (Paris: OECD, 1995).

37. C. Hughes Tuohy, *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada* (New York: Oxford University Press, 1999).

38 Ibid., p. 249.

39. Sidney Tarrow, "Introduction," en *Territorial Politics in Industrial Nations*, ed. Sidney Tarrow, Peter J. Katzenstein and Luigi Granziano (New York: Praeger, 1978), p. 1.