



junio 2000

30

Orientaciones Para Promover
La Descentralización de los
Sistemas De Salud En
Latinoamérica

Orientaciones Para Promover La Descentralización De Los Sistemas De Salud En Latinoamérica

Thomas J. Bossert, PhD
Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard

junio 2000

Estas orientaciones fueron financiadas por la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de Latinoamérica y el Caribe de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos a través del Proyecto de Información para la Toma de Decisiones de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Acuerdo de Cooperación No. DPE-5991-A-00-1052-00. Los puntos de vista expresados aquí pertenecen al autor y no representan necesariamente las políticas del USAID.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
¿CUÁLES SON LAS DECISIONES BÁSICAS EN LA DESCENTRALIZACIÓN?.....	3
¿CUALES SON LAS DECISIONES CORRECTAS EN EL ESPACIO DE DECISIÓN?	5
UN ESQUEMA DEL ESPACIO DE DECISIÓN EN BLANCO SE ENCUENTRA EN EL ANEXO II	7
¿Cómo se puede aumentar la equidad en sistemas descentralizados?.....	7
AUMENTANDO LA EFICIENCIA	9
EFICIENCIA DISTRIBUTIVA	9
EFICIENCIA TÉCNICA.....	9
CALIDAD.....	11
CONDICIONES LOCALES.....	11
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	11
CONCLUSIÓN.....	10
ANEXO I. OPCIONES DEL "ESPACIO DE DECISIÓN" POR FUNCIÓN	11
FUNCIONES DE FINANZAS.....	11
FUNCIONES DE LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS	13
FUNCIONES DE RECURSOS HUMANOS.....	14
FUNCIONES DE REGLAS DE ACCESO Y ADMINISTRACIÓN LOCAL	14
ANEXO II. ESQUEMA EN BLANCO DEL ESPACIO DE DECISIÓN	14
PUBLICACIONES DE LA INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	15

INTRODUCCIÓN

Estas líneas directivas se elaboraron para ayudar a los reformistas involucrados en la descentralización de los sistemas de salud. Las líneas directivas son importantes para los oficiales del sector de salud a todo nivel, representantes de agencias de donación, consultores que prestan asistencia técnica e interesados del sector privado. Además, se espera que las líneas directivas puedan ayudar a los oficiales de los ministerios de finanzas, planificación e interior, en especial a los responsables por los gobiernos locales.

Estas líneas directivas se basaron en la literatura general y en las experiencias de expertos en la descentralización. Sin embargo, además de las sugerencias basadas en experiencias particulares, las líneas directivas se basaron en investigaciones sistemáticas aplicadas a la descentralización en Chile, Bolivia y Colombia. Las lecciones provenientes de estas experiencias sugieren *maneras de planificar e implementar la descentralización que mejoren los sistemas de salud*.

En las últimas dos décadas, las políticas de descentralización del sector de la salud se han implementado a gran escala en el mundo en desarrollo. La descentralización, habitualmente en combinación con una reforma financiera a la salud, ha sido señalada como una herramienta clave en el mejoramiento del desempeño del sector de la salud y en la promoción del desarrollo social y económico (Banco Mundial 1993). La información preliminar recolectada, sin embargo, indica que los resultados han sido a lo sumo mixtos.

En el sector de la salud, *los defensores de la descentralización* sostienen que la descentralización puede lograr otros objetivos en el sector de la salud, tales como eficacia, equidad, eficiencia, calidad, viabilidad financiera y sintonía con las preferencias locales. A menudo, se sostiene que, dado que *los funcionarios locales conocen mejor las condiciones locales*, si se les permite *administrar el uso los recursos humanos, la organización de servicios y la compra de suministros locales*, tomarán mejores decisiones que los burócratas remotos. Se supone que, este conocimiento cercano, junto con la flexibilidad de tomar decisiones, llevará a decisiones más eficientes y eficaces. También se supone que *si los funcionarios locales son los responsables por los resultados*, la descentralización resulte en una mayor calidad, puesto que la población local se lo exigirá. Sin embargo, existen *razones para temer que la descentralización no logre estos objetivos*, y que incluso pueda empeorar la situación. A menudo, se teme que la descentralización resulte en *más desigualdades, dado que las comunidades con más recursos pueden asignar una mayor porción de sus recursos internos a la atención de salud* en comparación con las comunidades más desprovistas. También se teme que, dentro de una comunidad determinada, *las elites locales tomen decisiones que favorezcan sus propios intereses* y no los intereses de la población en general, especialmente los pobres. En adición, *las presiones locales en orden de contratar a determinados grupos de empleados, en vez de contratar a los más calificados* podrían aumentar la ineficiencia en vez de disminuirla. En cuanto a la calidad, *el hecho que los funcionarios locales sean los responsables por los resultados, podría llevar a la satisfacción las exigencias de los pacientes, pero sin mejorar la calidad clínica*, lo que podría requerir la supervisión de personas con mayores conocimientos técnicos.

Es importante entender que no existe un acuerdo general sobre el impacto de la descentralización; es probable que ambos, detractores y defensores extremos de la descentralización estén equivocados. Aquí se presenta alguna evidencia sobre estos temas, la que sugiere que son la planificación e implementación de la descentralización, y no la descentralización misma, las que

afectan la equidad, eficiencia, calidad y viabilidad financiera. Estas líneas directivas se basan en los resultados de investigaciones aplicadas en Chile, Colombia y Bolivia, implementadas por equipos

locales de investigación, bajo la guía de Thomas Bossert, del Proyecto de Información para la Toma de Decisiones de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

¿CUÁLES SON LAS DECISIONES BÁSICAS EN LA DESCENTRALIZACIÓN?

Se identifican dos asuntos a resolver en la planificación de la descentralización. El primero es identificar las instituciones que asumirán la autoridad y responsabilidad de descentralización. Las alternativas básicas son:

- "desconcentrar" autoridad y responsabilidad hacia las direcciones regionales y/o provinciales del Ministerio de Salud;
- "Devolver" autoridad y responsabilidad hacia los gobiernos regionales, provinciales y/o municipales; o
- "Delegar" autoridad y responsabilidad hacia otra agencia semi-autónoma, tal como una directiva de salud, fondo de salud o superintendencia separado.

En Chile, Bolivia y Colombia, los gobiernos han devuelto la autoridad y responsabilidad sobre la salud hacia las municipalidades; en consecuencia, estas líneas directivas se orientan hacia la planificación e implementación de los sistemas de salud “devueltos.”

La investigación realizada no entrega información sobre las ventajas y desventajas de estas alternativas de la “residencia” de la autoridad descentralizada. Sin embargo, es probable que resulte más fácil transferir la responsabilidad y autoridad dentro del Ministerio de Salud que devolverla o delegarla. Esto permite a las autoridades centrales un mayor control sobre los resultados, pero también facilita la recentralización y entrega menos incentivos para que las unidades descentralizadas desarrollen su capacidad de toma de decisiones. Es también probable que la desconcentración entregue menos incentivos para responder a la participación social y electoral local.

El segundo asunto a resolver, es el rango de decisión permitido a los que toman las decisiones en el ámbito local. Para hacer esto, se ha desarrollado un esquema del “espacio de decisión” para definir los posibles rangos de alternativas (desde limitado hasta amplio) sobre variadas funciones (finanzas, prestación de servicios, recursos humanos, focalización y administración).

La siguiente tabla delinea las opciones de planificación disponibles.

Tabla de Funciones del Espacio de Decisión

FUNCIONES DEL ESPACIO DE DECISIÓN	DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES
<p>Funciones de Finanzas y Gastos</p> <p>Fuentes de Ingresos</p> <p>Composición del Gasto</p> <p>Tarifas</p>	<p>Decisiones sobre las fuentes de ingresos: por ejemplo, ¿Se permitirá a las autoridades locales asignar fondos propios a salud?</p> <p>Decisiones sobre tarifas locales: por ejemplo, ¿Se permitirá a las autoridades locales determinar las tarifas, y, de ser así, estarán permitidas a determinar los niveles y cambiarlos?</p>
<p>Funciones de Organización de Servicios</p> <p>Autonomía Hospitalaria</p>	<p>¿Otorgarán las autoridades locales autonomía a los hospitales, y determinarán el grado de autonomía permitido?</p>
<p>Seguros de Salud</p>	<p>¿Crearán, administrarán y regularán seguros de salud locales las autoridades locales?</p>
<p>Mecanismos de Pago</p>	<p>¿Seleccionarán las autoridades locales diferentes mecanismos de pago a los prestadores? Ejemplos: pagos per cápita, salario o pago por prestación</p>
<p>Programas y Servicios Requeridos</p>	<p>¿Hasta cual grado definirá la autoridad central los programas y servicios que las instalaciones de salud local están obligadas a prestar?</p>
<p>Normas de Servicio</p>	<p>¿Hasta cual grado definirá la autoridad central las normas de servicios, tales como normas de calidad para las instalaciones?</p>
<p>Programas Verticales y Suministros y Logísticas</p>	<p>¿Continuarán los programas verticales bajo el control central, o serán transferidos al control local?</p> <p>¿Prestarán las autoridades centrales los fármacos y otros suministros, o pasarán a ser la responsabilidad de las autoridades locales?</p>
<p>Funciones de Recursos Humanos</p> <p>Remuneraciones</p>	<p>¿Se permitirá a las autoridades locales determinar las remuneraciones? ¿Se les permitirá determinar los bonos?</p>
<p>Contratos</p>	<p>¿Se permitirá a las autoridades locales contratar personal temporal, definir los términos de los contratos y determinar la remuneración?</p>
<p>Funcionarios Públicos</p>	<p>¿Se permitirá a las autoridades locales contratar y despedir sin aprobación de autoridades de rango mayor? ¿Se les permitirá transferir personal?</p>
<p>Funciones de Acceso</p> <p>Reglas de Acceso</p>	<p>¿Decidirán las autoridades locales quienes tienen acceso a las instalaciones y quienes están cubiertos por los seguros?</p>
<p>Funciones de Administración</p> <p>Reglas de Administración</p>	<p>¿Tienen los funcionarios locales la obligación de responder al electorado? ¿Tendrán los funcionarios locales alternativas sobre: ¿El tamaño y composición de las directivas hospitalarias? ¿El tamaño y composición de las direcciones locales de salud? ¿El tamaño, número, composición y administración de la participación comunitaria?</p>

¿CUALES SON LAS DECISIONES CORRECTAS EN EL ESPACIO DE DECISIÓN?

El siguiente Esquema de Espacio de Decisión muestra como tres países latinoamericanos han definido sus espacios de decisión para las diferentes funciones.

Tabla 3: Espacio de Decisión Comparativo: Rangos Actuales de Alternativas

FUNCIONES	RANGO DE ALTERNATIVAS LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
Finanzas			
Fuentes de Ingresos		Colombia Chile Bolivia	
Gastos		Colombia Chile Bolivia	
Ingresos por Tarifas	Chile Bolivia	Colombia	
Organización de Servicios			
Autonomía Hospitalaria	Colombia Chile	Bolivia	
Seguros de Salud	Colombia Chile Bolivia		
Mecanismos de Pago	Colombia Chile Bolivia		
Programas Requeridos y Normas		Colombia Chile Bolivia	
Programas Verticales, Suministros y Logísticas			Colombia Chile Bolivia
Recursos Humanos:			
Remuneraciones	Colombia Chile Bolivia		
Contractos		Colombia Bolivia	Chile
Funcionarios Públicos	Colombia Chile Bolivia		
Reglas de Acceso	Colombia Chile Bolivia		
Administración			
Responsabilidad Local por Resultados			Colombia Chile Bolivia
Directivas de Instalaciones	Colombia Bolivia	Chile	
Direcciones de Salud	Colombia Bolivia	Chile	
Participación Comunitaria		Bolivia	Colombia Chile
Espacio de Decisión Total:	Colombia 8 7 9	Chile 5 5 5	Bolivia 2 3 1

Como muestra el esquema de los espacios de decisión, muchas funciones permanecen en el rango limitado de alternativas, lo que significa que las autoridades centrales definen estas decisiones. Sin embargo, un número significativo de funciones está en el rango moderado, y algunas están en el rango amplio de alternativas. La tendencia es a permitir un rango más amplio de decisión sobre la asignación, contratación y administración que sobre la organización de servicios, focalización y remuneración de funcionarios públicos. En varios casos, los países inicialmente otorgaron un rango más amplio de decisión – sobre la composición del gasto y recursos humanos – pero más tarde redujeron las alternativas. Un amplio rango de decisión sobre recursos humanos ha provocado reacciones contrarias por parte de los sindicatos y asociaciones de profesionales. Un amplio rango de decisión sobre la composición de gastos a llevado a las autoridades centrales a imponer afectaciones y otras restricciones.

Cabe destacar que existen importantes fuerzas políticas que pueden generar una tendencia a restringir las decisiones sobre funciones claves. En Chile, el inicial amplio rango de alternativas

sobre los recursos humanos fue más tarde restringido por el Estatuto de Trabajadores de la Salud Primaria. En Colombia, el inicial rango de alternativas establecido por la Ley 60 fue restringido por la asignación de la Ley 100 de un porcentaje fijo de los fondos locales hacia los

seguros de salud. En Bolivia, la introducción del Seguro Materno-Infantil afectó un porcentaje de los fondos locales a gastos específicos y redujo las alternativas sobre la recaudación tarifaria. Estos cambios se concentraron en las principales áreas de control – la asignación de gastos y los recursos humanos. En el caso chileno, la restricción sobre los recursos humanos fue el resultado de la presión política por parte de los profesionales de salud. En los casos de restricción en las decisiones de gasto, las iniciativas surgieron del Ministerio de Salud con la intención de forzar a los gobiernos locales a asignar fondos a prioridades nacionales.

Si estas experiencias fuesen una guía para una descentralización más efectiva, el siguiente cuadro, entonces, presta sugerencias útiles para la planificación de procesos descentralizados en otros países. No existen ni reglas ni indicadores estrictos para los rangos de alternativas permitidos por función; sin embargo, en el Anexo I se incluye una descripción más detallada de los rangos de decisión permitidos en cada país estudiado.

Rango General de Alternativas

FUNCIONES	RANGO DE ALTERNATIVAS	MODERADO	AMPLIO
Finanzas		?	
Fuentes de Ingresos		?	
Gastos		?	
Ingresos por Tarifas	?		
Organización de Servicios			
Autonomía Hospitalaria	?		
Seguros de Salud	?		
Mecanismos de Pago		?	
Programas Requeridos y Normas			?
Programas Verticales, Suministros y Logística	?		
Recursos Humanos:			
Remuneraciones	?		
Contractos		?	
Funcionarios Públicos	?		
Reglas de Acceso	?		
Administración			
Responsabilidad Local por Resultados			?
Directivas de Instalaciones	?		
Direcciones de Salud	?		
Participación Comunitaria			?
Espacio de Decisión Total			

UN ESQUEMA DEL ESPACIO DE DECISIÓN EN BLANCO SE ENCUENTRA EN EL ANEXO II

¿Cómo se puede aumentar la equidad en sistemas descentralizados?

Las autoridades centrales generalmente asignan recursos hacia las unidades descentralizadas – o a las autoridades “devueltas” (las municipalidades, estados o provincias) o a los distritos y

regiones desconcentrados del Ministerio de Salud. Para las autoridades devueltas, los fondos centrales se llaman “transferencias intergubernamentales” y generalmente se asignan a las municipalidades según una fórmula que incluye el tamaño de la población, ajustes por los presupuestos históricos, la parte que la población que vive en áreas rurales y otras situaciones especiales. Para las unidades desconcentradas del Ministerio, estos fondos generalmente son el presupuesto directo asignado a los distritos o regiones. Puesto que la presente investigación no incluyó a sistemas desconcentrados, esta guía se enfocará en la descentralización devuelta.

A menudo se sostiene que la descentralización devuelta aumenta las desigualdades, principalmente porque las municipalidades con más recursos pueden asignar una mayor porción de sus recursos internos a la atención de salud que las municipalidades más desprovistas. Sin embargo, los países estudiados tienden a mostrar que la descentralización puede reducir las desigualdades en asignaciones per cápita. Aunque se encontró una significativa diferencia entre las asignaciones de las municipalidades con más recursos y las más desprovistas, también se encontró que la diferencia entre los ricos y los pobres se estrechaba después de la descentralización. Se encontró que las municipalidades más desprovistas pudieron aportar una cantidad suficiente de recursos internos para reducir la diferencia.

En Chile, se aumentó la capacidad local de asignar recursos a la salud a través de **un innovador fondo de compensación**, que podría ser un modelo para otros países que han de planificar sus programas descentralizados. El Fondo Común Municipal chileno, asignó una porción de los impuestos locales y otros ingresos de las municipalidades con más recursos (hasta un 60% de esos ingresos) a un fondo de equidad, el que reasignó los fondos a las municipalidades restantes, según una fórmula de la pobreza municipal y per cápita. Este fondo de compensación redujo de modo significativo las diferencias en ingresos entre las municipalidades. (El coeficiente Gini bajó de .45 a .30)

Tal vez, este fondo sea innecesario para generar una equitativa asignación per cápita a la salud, pero es un buen ejemplo de un mecanismo de reasignación. Otras alternativas, son **la reasignación de fondos centrales según una fórmula basada en la capacidad municipal para generar ingresos**. Este mecanismo, sin embargo, debiera ser ajustado, para que las municipalidades con más recursos aún tengan incentivos para asignar sus fondos a la salud. Sin una fórmula ajustada, estas municipalidades podrían tener un incentivo para ser “fiscalmente perezosas,” y reducir sus fondos con la expectativa que el gobierno central pague la diferencia.

Otro mecanismo, utilizado en Colombia y Bolivia, es **requerir que un porcentaje mínimo de las transferencias centrales se destine a programas de salud**. En Bolivia, las municipalidades deben asignar al menos un 3,2% de los fondos provenientes del presupuesto central a un paquete de servicios de salud. Dado que se presta el financiamiento a las comunidades locales según una fórmula per cápita, este mecanismo aumenta la equidad de las asignaciones.

Un tercer mecanismo es **el financiamiento compartido**, que las autoridades centrales pueden utilizar para incentivar a las autoridades locales a asignar fondos a programas de prioridad y a poblaciones de prioridad. En orden de aumentar la equidad, se puede ajustar este mecanismo para que las comunidades más desprovistas deban aportar sólo un financiamiento contraparte mínimo, mientras las comunidades con más recursos deban aportar una parte mayor. Es importante que las autoridades centrales retengan un presupuesto significativo para tener los fondos para proporcionar financiamientos compartidos.

AUMENTANDO LA EFICIENCIA

EFICIENCIA DISTRIBUTIVA

La eficiencia distributiva se refiere a la capacidad de los que toman las decisiones a nivel local de asignar los fondos a los servicios apropiados. En términos simples, puede ser la pregunta: ¿asignar más recursos a los servicios de salud pública más efectivos? ¿o asignar más a los hospitales y atención curativa?

Un importante tema de la descentralización es si mejora o deteriora los programas prioritarios de atención primaria de la salud. Aún no se han recolectado los datos suficientes para evaluar los programas de inmunización y otros programas de enfermedades comunicables; sin embargo, la evidencia colombiana sugiere que las municipalidades aportan **un financiamiento cada vez mayor para la prevención y promoción**, y que la diferencia entre las municipalidades con mayores y menores recursos se estrecha en el tiempo.

Uno de los mecanismos que parece contribuir a este aumento en las asignaciones a promoción y prevención, es **la asignación forzosa de un porcentaje específico de ingresos de las transferencias gubernamentales centrales**. El sistema fiscal colombiano afecta un 5% de los ingresos municipales desde una transferencia intergubernamental para financiar las actividades de prevención y promoción.

Otros estudios, han entregado una evidencia provisoria; si se transfiere a las autoridades locales precipitadamente la responsabilidad por programas verticales altamente centralizados y programas de suministro de fármacos, sin los fondos y asistencia técnica suficientes, los programas se vuelven inestables, inefectivos e ineficientes. Aunque este fenómeno sea temporal y solucionable por aprendizaje y financiamiento locales, es probable que **programas especiales para capacitar a los funcionarios locales y prestar un apoyo adicional para el suministro de fármacos y los programas verticales, faciliten la transición**. Otra posibilidad, es que las autoridades centrales retengan el control sobre estas actividades, una medida que podría solucionar el problema, pero que podría dificultar los servicios integrados.

EFICIENCIA TÉCNICA

La eficiencia técnica, mide la habilidad de los que toman las decisiones a nivel local para aumentar los resultados para un mismo nivel de insumos, o para reducir los insumos por el mismo nivel de resultados.

No es claro si la descentralización ha logrado este mejoramiento. Dos importantes formas de aumentar la eficiencia – cambiar la combinación de servicios prestados y cambiar la combinación de recursos humanos utilizados – eran generalmente las áreas para las cuales el rango de decisión era más limitado.

Donde las municipalidades pueden **aumentar el personal contratado**, tal vez han logrado aumentos en la eficiencia técnica. En Colombia, las municipalidades certificadas para tener un

mayor control sobre sus recursos contrataban personal adicional. Tener esta flexibilidad en la administración local, en vez de ser restringidas por las reglas de manejo de funcionarios

públicos, puede generar oportunidades para mejorar la combinación de insumos de recursos humanos para mejorar la eficiencia. Sin embargo, un aumento en la decisión local, sin reglas para incentivar una contratación basada en el mérito, puede llevar a patronazgo y nepotismo, lo que no aumenta la eficiencia.

CALIDAD

Es difícil evaluar la relación entre la descentralización y la calidad de los servicios de salud. Ninguno de los casos estudiados entregó evidencia clara. Los actores locales encuestados en Bolivia y Colombia percibieron un aumento en la calidad durante la descentralización. Sin embargo, encuestas de opinión pública, mostraron altos niveles de insatisfacción con los servicios de salud en Chile después de las reformas. Otros estudios, encontraron poca diferencia en la calidad de servicios entre las instalaciones supervisadas por el Ministerio de Salud y las instalaciones municipales. En consecuencia, sólo se puede señalar es probable que los programas para el mejoramiento de la calidad y acreditación implementados bajo sistemas centralizados tanto como descentralizados sean necesarios.

CONDICIONES LOCALES

Las características locales de las municipalidades también parecen ser determinantes importantes de la eficacia de la descentralización, en especial en países con un desarrollo institucional débil y una capacidad limitada para hacer cumplir la ley, como en Bolivia.

La descentralización parece funcionar mejor cuando las autoridades locales – en especial los alcaldes – conocen y respetan las leyes y regulaciones de la descentralización y toman iniciativa propia en el sector de la salud. Aunque el sector de salud tal vez no tiene mucha influencia en las elecciones locales, podría ser importante educar a los nuevos funcionarios locales sobre los requerimientos de la ley y definirles claramente su espacio de decisión y los tipos de innovaciones que podrían ser útiles. Esto podría tomar la forma de **una capacitación formal por el Ministerio de Salud después de cada elección**, o podría tomar la forma de una tarea de capacitación que darían los funcionarios locales de salud a sus alcaldes después de su juramento.

Una descentralización eficaz, también podría depender de buenas relaciones entre el alcalde, los prestadores locales de salud y la comunidad local. **Capacitaciones continuas que incentiven la resolución de conflictos y el logro de acuerdos** a nivel comunitario podrían mejorar la efectividad de la descentralización.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

También es importante desarrollar efectivos sistemas de monitoreo para que las autoridades centrales puedan evaluar los efectos de las decisiones locales y asegurarse que los objetivos nacionales se estén cumpliendo. Como mínimo, el sistema de información debiera incluir información financiera detallada sobre ingresos – de todas fuentes – y sobre gastos. Datos sobre utilización, preferentemente descompuestos por programas prioritarios, tales como visitas prenatales e inmunizaciones, también son necesarios. Las entidades locales debieran tener una clara base

objetivo de beneficiarios para que los gastos per cápita y la utilización per cápita se puedan evaluar. Adicionalmente, sería útil tener información rutinaria sobre personal – por

profesión y por funcionarios públicos vs. personal contratado. Algunos indicadores sobre la calidad de los servicios – como la prevalencia de enfermedades prevenibles e infecciones intra-hospitalarias – también serían útiles.

El sistema de monitoreo también debiera informar a las autoridades centrales y a otros oficiales locales, sobre las innovaciones implementadas por localidades para la replicación de programas efectivos. Una de las ventajas de la descentralización es la experimentación local, la que puede generar una nueva y más eficaz prestación de servicios.

CONCLUSIÓN

Es probable que ambos, detractores y defensores de la descentralización, estén equivocados. Una descentralización bien planificada, probablemente ni mejore radicalmente un sistema de salud ni lo desestabilice gravemente. Se sabe que una descentralización bien planificada puede aumentar la equidad distributiva y generar otros efectos positivos, tales como un aumento en el financiamiento de la promoción y prevención. Su influencia en la eficiencia y calidad no es tan clara. De todas maneras, puesto que la descentralización parece ser una política que será promovida universalmente en todos los sectores de la sociedad, el sector de salud tendrá que adaptarse a ella. Será importante, que los actores principales en el sector de salud contribuyan a la planificación de mecanismos más efectivos de descentralización, para generar efectos positivos. Estas líneas directivas sugieren algunos mecanismos que podrían ser efectivos en la planificación e implementación de la descentralización:

- cambios en el espacio de decisión
- fondos de compensación
- fórmulas Distributivas para las transferencias intergubernamentales
- reglas Distributivas que afectan fondos para propósitos específicos
- capacitaciones para las comunidades y autoridades locales

Adicionalmente, los estudios dejan en claro, que las autoridades centrales carecen de los sistemas de monitoreo adecuados para evaluar si las autoridades locales están logrando los objetivos de la política nacional. Se requiere un monitoreo continuo para ajustar el espacio de decisión y entregar incentivos adicionales para que las autoridades locales tomen las decisiones adecuadas. El monitoreo también posibilita la diseminación de las innovaciones locales efectivas a otros oficiales locales.

ANEXO I. OPCIONES DEL "ESPACIO DE DECISIÓN" POR FUNCIÓN

Los esquemas del espacio de decisión muestran similitudes y diferencias significativas entre los tres países. Primero, en general sólo se otorga un moderado rango de alternativas a las municipalidades. Ninguna municipalidad tenía un rango completo de alternativas sobre funciones claves de finanzas y recursos humanos. Importantes restricciones permanecieron bajo el control del gobierno central.

FUNCIONES DE FINANZAS

Las funciones financieras tienen una particular importancia en el proceso de la descentralización. La decisión para controlar los fondos asignados al sector de la salud y los gastos en el sector de la salud, y para determinar y retener las tarifas, constituyen importantes herramientas de control local. El control sobre los ingresos es una manera fundamental por la cual los gobiernos locales pueden decidir si la salud constituye o no una prioridad respecto de otras actividades locales tales, como educación, centros cívicos y caminos. Es también una manera por la que las comunidades más ricas pueden asignar más recursos que las comunidades más desposeídas, contribuyendo así a las inequidades en formas que las asignaciones centralizadas no lo harían. Este rango de alternativas era bastante amplio en Bolivia después de la aprobación de la Ley de Participación Popular, que permitió a las municipalidades asignar un amplio rango de sus transferencias intergubernamentales a la salud (0-60%). Esta alternativa fue más tarde restringida por la ley de Seguro de Salud Materno-Infantil, la que afectó un 3% de estos fondos específicamente a provisiones y equipamiento para el paquete de beneficios destinado a madres y niños. En Chile, las asignaciones para el sector de la salud se determinaron formalmente por una tarifa de pago por prestación establecida por la autoridad central. Pero existía un techo para estas tarifas – generalmente superado por la utilización – y ese techo fue el resultado de negociaciones informales entre las municipalidades y el Ministerio de Salud. Esta negociación dio a las autoridades locales cierto grado de influencia sobre esta fuente de financiamiento. Además, las municipalidades locales fueron dejadas en libertad para asignar sus ingresos de fuentes propias a la salud. En Colombia, las municipalidades recibieron dos fuentes de transferencias intergubernamentales, una transferencia municipal directa y una transferencia a través de Departamentos (el Situado Fiscal). Ambas transferencias tenían un rango de porcentajes que fueron afectos a la salud. Las municipalidades tenían algún rango de alternativas dentro de los rangos de porcentaje y podían asignar sus ingresos de fuentes propias a la salud.

Las alternativas sobre gastos en el presupuesto de salud son también una parte importante de la descentralización. La administración de los gastos en salud otorga a los administradores locales la posibilidad de tomar las decisiones que respondan a las condiciones y preferencias locales. Puede también permitir decisiones técnicamente más eficientes, puesto que los administradores locales tienen un mejor conocimiento del equipo local, el mercado productivo local y otros factores. En un principio, Chile otorgó a las autoridades municipales locales el más amplio rango de alternativas en esta función; sin embargo, este fue restringido más adelante al requerir gastos para cubrir al equipo de salud, que se encontraba protegido por el nuevo Estatuto de Recursos Humanos. Bolivia permitió a las municipalidades asignar recursos de salud dentro de un amplio rango porcentual, pero más

tarde restringió estas alternativas a través de la designación de fondos de salud afectos al paquete de beneficios materno-infantil. En Colombia,

la certificación otorgó a las municipalidades el control de los gastos, del cual carecían las municipalidades no certificadas. Las autoridades departamentales controlaban la mayoría de los gastos en las municipalidades no certificadas. En los tres países, los ingresos de fuentes propias locales asignados a la salud podían ser gastados sin restricciones centrales.

El control sobre la determinación y la retención de las tarifas es también una importante función de financiamiento. A menudo se sostiene que la retención de las tarifas a niveles locales incrementa los incentivos para que los administradores locales recauden las tarifas y respondan de mejor manera a las demandas de los consumidores. El control sobre la determinación de las tarifas también permite a los administradores locales responder de mejor manera a las condiciones del mercado local. Bolivia y Colombia tuvieron un moderado rango de alternativas sobre las tarifas – sea por un rango explícito o requiriendo la aprobación por el Ministerio de Salud de los listados de tarifas locales. Sin embargo, en Bolivia esto cambió cuando el seguro materno-infantil exigió que el paquete básico de servicios fuese gratuito. Chile exigió que todos los servicios de atención primaria se prestaran gratuitamente.

FUNCIONES DE LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

La habilidad de los gobiernos locales para otorgar a sus instalaciones un importante grado de autonomía podría ser una importante manera para que los gobiernos locales mejorasen la eficiencia técnica y la calidad a través de una administración más flexible de los hospitales. En Chile y Colombia, esta decisión no se tomó a nivel local, sino que, fue parte de una política nacional. En Chile, los hospitales no fueron devueltos a los gobiernos municipales; en consecuencia, las municipalidades no tomaron decisiones respecto a su organización. En Colombia, la política nacional exigió la creación de entidades públicas autónomas (ESE) y dejó a las municipalidades prácticamente fuera del proceso. En Bolivia, las autoridades locales entregaron distintos grados de autonomía a los hospitales locales, con bastante independencia del gobierno nacional.

En algunos países fuera de los ejemplos estudiados en este proyecto, tales como las Filipinas – los gobiernos locales pueden crear o patronear esquemas de seguros sociales. En ninguno de los casos Latinoamericanos y Caribeños estudiados fue esta autoridad permitida a nivel municipal.

Una herramienta de administración local para la manipulación de incentivos locales es la habilidad para determinar la forma de pago a los prestadores locales de servicios. En Chile, las municipalidades inicialmente podían pagar a sus empleados y contratantes en cualquiera de las formas contempladas en el código de comercio, hasta que el Estatuto de Recursos Humanos reinstauró el mecanismo de remuneraciones para el personal de atención primaria. En Colombia, las municipalidades certificadas pueden pagar los salarios y los bonos, aunque esta alternativa está restringida por acuerdos sindicales a nivel nacional. En Bolivia, las municipalidades no tuvieron jurisdicción sobre las reenumeraciones de los funcionarios públicos y no tenían a su cargo la entrega de bonos. Sin embargo, tuvieron la autoridad para pagar a trabajadores contratados bajo los términos del código municipal.

Una importante herramienta utilizada por las autoridades centrales para controlar las decisiones locales es la habilidad del Ministerio de Salud para definir las normas de servicio y los programas especiales. Estas normas pueden ser un grupo bastante general de prioridades o pueden especificar asignaciones de personal, infraestructura, equipamiento y suministros para tareas y prioridades específicas. En Chile y Colombia, el Ministerio ejerció un importante

control a través de normas y exigencias claramente definidas. En Bolivia, la incapacidad del Ministerio para incorporar y ejecutar las normas y exigencias limitó su habilidad para controlar las decisiones locales, lo que en un principio otorgó un amplio rango de alternativas en el país. Sin embargo, con la implementación del Seguro de Salud Materno-infantil, se inició un esfuerzo para definir e introducir normas más exigentes en Bolivia, restringiendo el ámbito de decisión local.

FUNCIONES DE RECURSOS HUMANOS

El control local sobre los recursos humanos puede ser una importante forma de mejorar la eficiencia técnica y la calidad del servicio. Si los administradores locales tienen más control sobre su equipo, a través de la entrega de incentivos y de la autoridad para contratar y despedir personal, entonces pueden mejorar la calidad de sus servicios. Esta capacidad, sin embargo, puede ser debilitada por presiones locales en orden de contratar a determinados grupos de empleados, en vez de contratar a los más calificados. En un principio, Chile otorgó el más amplio rango de decisión municipal sobre la determinación de las remuneraciones, y privó a los equipos de atención primaria de salud de las normas que los protegían. Esta alternativa fue severamente restringida por el Estatuto de Recursos Humanos, el cual restableció muchas de las normas protectoras de las que gozaban y restableció un rango salarial nacional. En Bolivia y Colombia, no se les dio los gobiernos locales ningún control sobre las remuneraciones locales o sobre el personal público. Las remuneraciones, las contrataciones y los despidos fueron controlados por autoridades de mayor rango. Sin embargo, en los tres países los gobiernos municipales pudieron contratar personal adicional, pero con algunas restricciones.

FUNCIONES DE REGLAS DE ACCESO Y ADMINISTRACIÓN LOCAL

Las reglas de acceso para la focalización pueden afectar la manera en como las autoridades locales asignan recursos a los más desposeídos en sus comunidades. Si se les otorga un amplio rango, algunas comunidades pueden innovar y encontrar nuevas maneras de enfocarse en los más desprovistos, mientras que otros no hacen ningún esfuerzo para focalizar sus recursos hacia los más necesitados. Mientras Bolivia otorgó un rango moderado de decisión sobre la focalización local antes del Seguro de Salud Materno e Infantil, este acto específicamente focalizó los recursos locales hacia las madres y niños. En Chile y Colombia, las políticas nacionales establecieron el acceso y la focalización, sin la participación de los gobiernos locales.

Evaluar la administración local es también una manera de estimar el rango de la influencia local en los sistemas de salud. Si los gobiernos locales son elegidos, esto constituye una potencial mayor para que las decisiones locales estén en sintonía con las preferencias locales. En Chile, los alcaldes fueron inicialmente designados por el gobierno militar. Sin embargo, después de 1989, los alcaldes fueron elegidos del mismo modo en que habían sido a lo largo del periodo estudiado en Colombia y Bolivia. Las autoridades locales en Chile también tenían algún rango de decisión sobre la organización su administración de salud local y las directivas de las instalaciones de salud, para lo cual existían tres opciones organizacionales. Sin embargo, en Bolivia y Colombia, los requerimientos organizacionales para esas instancias de administración fueron definidos por ley.

Las decisiones sobre la participación comunitaria fueron dejadas a las municipalidades en Colombia y Chile. En Bolivia, la Ley de Participación Popular otorgó un rol activo a las organizaciones comunitarias (OTB y ONGs) privando a las municipalidades decidir sobre las formas.

ANEXO II. ESQUEMA EN BLANCO DEL ESPACIO DE DECISIÓN

FUNCIONES	RANGO DE ALTERNATIVAS LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
Finanzas			
Fuentes de Ingresos			
Gastos			
Ingresos por Tarifas			
Organización de Servicios			
Autonomía Hospitalaria			
Seguros de Salud			
Mecanismos de Pago			
Programas Requeridos y Normas			
Programas Verticales, Suministros y Logística			
Recursos Humanos:			
Remuneraciones			
Contratos			
Funcionarios Públicos			
Reglas de Acceso			
Administración			
Responsabilidad Local por Resultados			
Directivas de Instalaciones			
Direcciones de Salud			
Participación Comunitaria			
Espacio de Decisión Total			

PUBLICACIONES DE LA INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

- 1. Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe (Español e Inglés)**
- 2. Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe (Español e Inglés)**
- 3. Análisis del Sector Salud en Paraguay (Versión Preliminar)**
- 4. Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector de la Salud (Español e Inglés)**
- 5. Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998) (Español e Inglés)**
- 6. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud**
- 7. Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo**
- 8. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia**
- 9. Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador**
- 10. Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala**
- 11. Cuentas Nacionales de Salud: México**
- 12. Cuentas Nacionales de Salud: Perú**
- 13. Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana (Versión Preliminar)**
- 14. Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua**
- 15. Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador (Versión Preliminar)**
- 16. Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network**
- 17. Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance**
- 18. Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform**
- 19. Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud**
- 20. Strengthening NGO Capacity to Support Health Sector Reform: Sharing Tools and Methodologies**
- 21. Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999)**

22. State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization

- 23. State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance**
- 24. Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America/Caribbean Regional Workshop**
- 25. Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias (Español e Inglés)**
- 26. Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Función de las ONG en la Reforma del Sector Salud (Español e Inglés)**
- 27. Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua**
- 28. Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002**
- 29. La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia, y Bolivia (Español e Inglés)**
- 30. Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica (Español e Inglés)**
- 31. Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America**
- 32. Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study**
- 33. Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study**
- 34. Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study**
- 35. La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia**
- 36. Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México (Español e Inglés)**
- 37. Orientaciones para el Mejoramiento de la Factibilidad Política de la Reforma en Salud en Latinoamérica (Español e Inglés)**
- 38. Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America**
- 39. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case**
- 40. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case**
- 41. Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case**

Ediciones Especiales

- 1. Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América latina y el Caribe**
- 2. Guía Básica de Política: Toma de Decisiones para la Equidad en la Reforma del Sector Salud**

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la Página
Electrónica de la Iniciativa:

[HTTP://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG](http://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG)

y seleccione “Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS”