22

Prácticas de Punta:
Sociedades entre Entidades Públicas y ONG en Respuesta a la Descentralización

Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken, M.D., Dr.P.H.
Febrero del 2000

Esta publicación fue producida como parte de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe (LAC) del Proyecto Family Planning Management Development (FPMD) de Management Sciences for Health (MSH) en Boston Massachusetts.

El financiamiento para esta publicación fue provisto por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el Convenio Cooperativo número: CCP-A-00-95-00000-02.

Las opiniones expresadas en el presente corresponden a los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

AGRADECIMIENTOS

El proyecto FPMD desea expresar su agradecimiento a todas las organizaciones que respondieron al cuestionario y participaron en las discusiones del grupo de trabajo que se reunió en Bolivia por sus contribuciones y puntos de vista. Adicionalmente, el proyecto FPMD desea expresar su agradecimiento a la Dr. Ana María Aguilar y a otros colegas de MSH en La Paz, cuyo apoyo técnico y logístico así como el manejo de la reunión fueron cruciales para el éxito de la misma.

ACRONIMOS

APOLO	**Apoyo a Organizaciones Locales, Ecuador**
APROFAM	**Asociación Pro Bienestar de la Familia, Guatemala**
APROFE	**Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana**
BEMFAM	**Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil**
CEMOPLA	**Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar**
CEPEP	**Centro Paraguayo de Estudios de Población**
CERSS	**Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud**
CIES	**Centro de Investigación Educación y Servicios, Bolivia**
COF	**Centro Obstétrico Familiar**
DDM	**Data for Decision Making (Datos para la Toma de Decisiones, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard)**
EPS	**Empresas Prestadoras de Salud, Colombia**
FPMD	**Proyecto Family Planning Management Development**
RSS	**Reforma del sector salud**
HMO	**Health Management Organization (Organización para la Administración de la Salud)**
BID	**Banco Interamericano de Desarrollo**
IESS	**Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**
IMSS	**Instituto Mexicano de Seguro Social**
LAC	**Latinoamérica y el Caribe**
MS	**Ministerio de Salud**
MSH	**Management Sciences for Health**
ONG	**Organización No Gubernamental**
OPS	**Organización Panamericana de la Salud**
PHR	**Partnerships for Health Reform (Asociaciones para la Reforma de la Salud, Abt Associates,)**
SESPAS	**Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, de la República Dominicana**
SIAS	**Sistemas Amplios de Salud, Guatemala**
SSA	**Secretaría de Salud de México**
USAID	**Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional**

INDICE

AGRADECIMIENTOS i

ACRONIMOS iii

1. INTRODUCCION 1

LA INICIATIVA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (LACRSS) 1
LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES 1

2. OBJETIVOS Y METODOLOGIA 3

OBJETIVOS 3
METODOLOGÍA 3

3. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LA DESCENTRALIZACION 5

4. LAS ONG Y LA DESCENTRALIZACION 9

5. DESARROLLO DE ASOCIACIONES EN RESPUESTA A LA DESCENTRALIZACION 11

ASOCIACIONES EMERGENTES ENTRE ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO Y LAS ONG 11
Prestación directa de servicios en áreas donde las ONG son fuertes *12*
Capacitación para el personal del gobierno *13*
Proyectos de demostración de los nuevos modelos de prestación de servicios de salud *13*
Asesoría técnica y apoyo *14*
Coordinación con las ONG *14*
RETOS QUE DEBEN ENCARAR LAS ONG 15
Expectativas poco claras o irreales del sector público *15*
Nuevo socios, nuevo conflictos *16*
Restricciones de Recursos *16*
RESPUESTA DE LAS ONG A LOS RETOS 16

6. CONSIDERACIONES CRITICAS 19

FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS Y LA CAPACIDAD GERENCIAL 19
DESARROLLO DE UNA BASE FINANCIERA SÓLIDA 20
POSICIÓN EN EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD 20
CULTIVAR EL LIDERAZGO 20

7. LECCIONES APRENDIDAS XXI

SER PROACTIVA XXI
EXAMINAR LAS IMPLICACIONES DE LAS ASOCIACIONES SOBRE LA CAPACIDAD DE LA ONG XXI
CONSIDERAR EL IMPACTO DE LA DURACIÓN DEL CONVENIO SOBRE LAS OPERACIONES DE LA ONG XXI
COMPRENDER LAS OBLIGACIONES Y LA AUTORIDAD XXI
SOPESAR LOS RIESGOS PARA OTRAS RELACIONES XXII

8. CONCLUSION XXIII

9. LISTA DE PARTICIPANTES XXIV

1. INTRODUCCION

LA INICIATIVA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (LACRSS)

La Iniciativa de Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe (LACRSS) es un emprendimiento de cinco años de duración (1997 - 2002) con miras a promocionar una prestación equitativa, eficaz y efectiva de servicios básicos de salud a través del desarrollo de una red regional de apoyo. La Iniciativa LACRSS es una tarea conjunta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Partnerships for Health Reform (PHR), los proyectos Data for Decision Making (DDM) y Family Planning Management Development (FPMD). La Iniciativa financia actividades de apoyo regional hasta una suma total ascendiente a $10.2 millones. Sus países objetivo incluyen Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.

La LACRSS toma como punto central cuatro áreas estratégicas clave. Estas son:

- Desarrollo, realización de pruebas y difusión de metodologías y herramientas para el análisis, diseño, implementación y monitoreo de la reforma nacional del sector salud para mejorar la interacción entre los sectores público, privado y ONG, fortalecer las decisiones financieras a nivel del sector salud y mejorar el análisis y la planificación de políticas.

- Recolectar, procesar y difundir información sobre los esfuerzos nacionales de reforma del sector salud y poner esta información a disposición de la población a través de un centro de recursos electrónicos, una serie de boletines informativos sobre diversos temas, un centro de recopilación de documentos referentes a la reforma y una red electrónica.

- Monitorear los procesos de reforma y los resultados así como el acceso equitativo a los servicios básicos de salud mediante el desarrollo e implementación de herramientas y la provisión de retroalimentación a los diferentes países, donantes y a los otros socios.

- Ayudar a los países a compartir experiencias y asesoría a través de conferencias y talleres regionales, vínculos institucionales, un foro regional para investigadores y viajes de estudio.

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

La reforma del sector salud (RS) siempre implica un esfuerzo deliberado de cambiar el rol del sector público. Como resultado de ello, la RS también implica un cambio en el rol de otras instituciones involucradas en la organización y prestación de servicios de salud. La interacción de estos dos conjuntos de cambios generará los impactos de la reforma. Es dentro de este contexto que la Iniciativa LACRSS encara los temas relacionados con las asociaciones entre entidades públicas y ONG. Las actividades que han sido identificadas reflejan la suposición de que dichas asociaciones, tanto formales como informales, tienen el potencial de constituir un componente importante de las estrategias de RS. Pueden tener un impacto directo sobre la reforma en términos de la equidad y acceso a los servicios, que constituye el enfoque primario de la Iniciativa LACRSS.

Para los responsables de planificar la RS, los temas clave están relacionados con el potencial de las ONG para apoyar y reforzar los objetivos de la reforma. Algunas de las actividades de esta Iniciativa están dirigidas a proporcionar a los planificadores mayor información acerca de los roles y experiencia de las ONG en la región así como para desarrollar materiales que pueden apoyar una evaluación informada de los vínculos potenciales de las ONG. Para las ONG, los temas clave tienen relación con los impactos sobre las actividades operativas y los recursos existentes adicionalmente a los nuevos roles potenciales, implícitos en la reforma. Las actividades de la Iniciativa para encarar estas necesidades enfatizan el mejoramiento de la capacidad administrativa y gerencial de las ONG, y un mayor grado de familiarización con los procesos de reforma en la región. En general, un objetivo de la Iniciativa LACRSS es fortalecer la habilidad de las ONG para contribuir a una reforma efectiva del sector salud a través del trabajo tanto desde el punto de vista de la demanda como de la oferta.

Cuatro aspectos de las asociaciones entre entidades públicas y ONG fueron identificados para ser considerados de manera más específica:

- Participación en el diálogo sobre políticas de salud
- Impactos de la descentralización
- Contratación de servicios, y
- Actividades de aseguramiento de la calidad.

Se elaboró una serie de documentos titulados ‘prácticas de punta’ para cada área en base a las experiencias de un grupo selecto de ONG en la región. Estos documentos contenían una visión general de los aspectos esenciales que debían ser resueltos, si se iban a establecer asociaciones entre el sector público y las ONG, en las que uno de estos cuatro aspectos fuese aplicable.

Se reconoció que a pesar de que las ONG en la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) estaban muy involucradas con el sector salud, la experiencia con "asociaciones" explícitas recién se está desarrollando. Los documentos titulados ‘prácticas de punta’ fueron diseñados para identificar un conjunto válido de características que deben ser encarado dentro del contexto de cada relación similar entre los sectores público y ONG, a pesar de que las soluciones específicas variarán de acuerdo al contexto. Hemos tratado de desarrollar pautas útiles para garantizar que estas relaciones sean tan eficaces como fuese posible. En esa etapa, recopilamos experiencias selectas y la evaluación de un grupo diverso de ONG en la región con el objeto de establecer una estructura para comenzar a generalizar. Este proceso continuará a medida que la experiencia regional se desarrolle.

Las prácticas de punta actuales referentes al impacto de la descentralización sobre las ONG en lo que respecta a su capacidad para establecer asociaciones eficaces con el sector público bajo la reforma del sector salud constituyen el tema central de este trabajo.

2. OBJETIVOS Y METODOLOGIA

OBJETIVOS

Este documento referente a las 'prácticas de punta' de la descentralización está basado en la experiencia global con asociaciones entre los sectores público y ONG en respuesta a la descentralización, pero enfoca la experiencia regional con dichas asociaciones en un medio cambiante en los países objetivo de la Iniciativa LACRSS. Sus metas específicas son:

- Documentar la experiencia local de las asociaciones entre entidades del sector público y ONG en respuesta a la descentralización en la Región de Latinoamérica y el Caribe,
- Examinar el impacto posible de las políticas de descentralización sobre las ONG, e
- Identificar aspectos críticos que las ONG deberían tomar en cuenta antes de establecer dichas asociaciones con el sector público.

El documento tiene el objeto de contribuir al desarrollo de las actividades de la Iniciativa LACRSS, y se encuentra a disposición de los administradores de las ONG, así como de los planificadores interesados en la reforma del sector público.

METODOLOGÍA

Se recolectaron datos a principios de 1999 a través de entrevistas telefónicas con los administradores de mayor jerarquía de 35 organizaciones no gubernamentales en los países objetivo de la Iniciativa LACRSS. Se envió a estos administradores un cuestionario diseñado para guiar la discusión, antes de proceder con las entrevistas telefónicas. Sobre la base de estas entrevistas telefónicas se redactó el borrador del documento titulado 'prácticas de punta'.

Las ONG que fueron entrevistadas prestaban una amplia gama de servicios de atención primaria y planificación familiar, así como capacitación y apoyo técnico. Más de tres cuartas partes de ellas se dedicaban a la prestación de servicios directos a los pacientes o clientes. Dos de las ONG de la muestra ya no prestaban servicios directamente, sino que trabajaban a través de socios, que incluían otras ONG y entidades del sector público. Una ONG representa a un consorcio de organizaciones no gubernamentales.

Con posterioridad a las entrevistas, varias ONG selectas representativas de la región fueron invitadas a asistir a una reunión, en la cual se revisó el borrador del documento. La reunión se celebró en la ciudad de La Paz, Bolivia del 12 al 14 de abril de 1999. El documento final se benefició en gran medida de este proceso de revisión y de las exhaustivas discusiones que se sostuvieron en el transcurso de la misma. Las ONG que fueron invitadas a la ciudad de La Paz fueron seleccionadas en base al interés demostrado y a la experiencia incipiente con asociaciones entre entidades del sector público y ONG en un escenario descentralizado o en vías de descentralizarse, así como su reputación técnica y su representación geográfica. Las entidades del sector público no fueron invitadas a la reunión que se celebró en Bolivia, porque existía cierta preocupación de que su participación impediría un intercambio franco de experiencias referentes a las asociaciones a nivel de los dirigentes de las ONG que fueron invitados a asistir a dicha reunión.

3. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LA DESCENTRALIZACION

La reforma del sector salud es un proceso que implica cambios substanciales en la forma en la que se administran los servicios de salud. Para los propósitos de este documento, las prácticas de punta dentro de la reforma del sector salud se definen de la siguiente forma:

La reformulación sistemática del rol del sector público en la organización, prestación y financiamiento de servicios de salud y el diseño e implementación de las estructuras y el financiamiento de las estrategias requeridas para ejecutar estos cambios.

La reforma del sector salud puede resultar de presiones domésticas dentro del sector salud en sí o a nivel del sector público en su integridad. En muchos países, sin embargo, las reformas pueden vincularse directamente a la influencia de los donantes. Sin importar qué es lo que motiva estas reformas, el compromiso de una nación con los cambios propuestos es crucial para su sustentabilidad, así como para el eventual éxito de la reforma del sector salud en lo que respecta al logro de sus metas. Las reformas sectoriales se están extendiendo a través de toda la región de Latinoamérica y el Caribe, pero cada país en particular está en diferentes etapas del proceso de reforma. Algunos recién han comenzado a planificar la reforma, en tanto que otros ya están en pleno proceso de implementación.

La reforma del sector salud inevitablemente altera tanto la asignación de la responsabilidad por la prestación de servicios de salud así como la autoridad para la asignación de recursos. La descentralización es una de las herramientas principales que los reformadores en casi todos los países de la Iniciativa LAC han utilizado para transferir responsabilidad y autoridad. Es importante reconocer, sin embargo, que la descentralización no es lo mismo que la reforma del sector salud. Esta última comprende muchas otras iniciativas, por ejemplo, mayores opciones de financiamiento para el sector salud, colaboración con el sector privado y una cobertura más amplia del seguro de salud.

La descentralización, como un concepto, carece de una definición clara y aceptada uniformemente. (Ver Kolehmainen-Aitken y Newbrander[1], 1997.) En los distintos países se implementan simultáneamente diferentes formas de descentralización (como la descentralización política, del mercado, espacial y administrativa). Además, las decisiones que los reformadores adoptan con respecto a los tipos de descentralización administrativa que implementarán tienen diferentes implicaciones tanto para la distribución relativa del poder entre los niveles central y periférico como para las entidades a las que se transfiere el poder. Algunos países están *desconcentrando* la responsabilidad y autoridad del ministerio de salud central a sus oficinas locales. Otros están *delegando* ciertos poderes definidos del nivel central a las organizaciones que están substancialmente fuera de la estructura burocrática regular del gobierno, como las juntas directivas de los hospitales. Algunos están *devolviendo* considerables poderes a las unidades subnacionales del gobierno, como las municipalidades, que están substancialmente fuera del control directo del gobierno central. En general se implementa simultáneamente una mezcla de diferente formas y tipos de descentralización.

Así la descentralización a nivel de un país surge en diferentes formas y tipos. La celeridad con la que los países transfieren el poder a los niveles más bajos es también muy variable, como lo es la capacidad de los nuevos interesados para asumir sus nuevas responsabilidades. (Ver Kolehmainen-Aitken[2], 1999.) Esta diversidad se ilustra en el siguiente resumen de la experiencia con la

---

[1] Kolehmainen-Aitken, Riita-Liisa y Newbrander, William. Descentralizing the Management of Health and Family Planning Programs. Serie de Lecciones del proyecto FPMD. Management Sciences for Health, Boston, MA, 1997.

[2] Kolehmainen-Aitken, Riita-Liisa (ed.), Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems. Management Sciences for Health, Boston, MA, 1999.

descentralización en la región. (Para mayor información, ver el sitio de LACRSS en la Red WWW en http://www.americas.health-sector-reform.org.)

En *Bolivia*, el proceso de descentralización ya comenzó en 1982, como parte del retorno a la democracia. La estrategia incluía el desarrollo de Comités Populares de Salud, que podrían surgir de la comunidad en sí para apoyar las intervenciones de salud. En 1985-1993, surgieron varias iniciativas con el fin de centrar la atención en los grupos más vulnerables, es decir las madres y los niños que sufrían índices de mortalidad muy altos. El proceso de desarrollo distrital en el sector salud era parte del proceso de descentralización y delegación de autoridad. Se identificaron noventa y tres Distritos Sanitarios y 12 Unidades Sanitarias consolidadas en el ámbito regional. El Distrito Sanitario fue definido como la unidad administrativa más pequeña del sistema de salud y se dio inicio a la capacitación gerencial y al desarrollo multidisciplinario del equipo distrital.

La Ley de Descentralización Administrativa y la Ley de Participación Popular fueron promulgadas en 1994. Estas transfirieron la administración, mantenimiento y equipo de los centros de salud locales a 311 Municipalidades. Por primera vez se asignaron recursos económicos a las Municipalidades de los fondos del tesoro provenientes de los ingresos impositivos. En el Ministerio de Salud se creó una unidad de reforma del sector salud con financiamiento del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Como parte de la reforma, se asignó a esta unidad la responsabilidad del diseño y desarrollo de un seguro que debía cubrir por lo menos el paquete de servicios de salud materna e infantil, prestados por el sector público, el instituto de seguridad social y las ONG.

En 1998, el gobierno nacional de Bolivia definió las estrategias de desarrollo social en base a las estrategias de Institucionalización, Dignidad, Oportunidad y Equidad. La reforma del sector salud se adecuó a este marco mediante la definición del Seguro Básico de Salud, el Seguro Médico Gratuito de Vejez, el Escudo Epidemiológico y la Salud Familiar y Comunitaria. El Seguro Básico de Salud define 70 servicios y múltiples prestadores de servicios, que permiten a las ONG la posibilidad de participar, así como un fondo de inversión a través de un mecanismo de asignación de recursos. Esto marca el comienzo de una reforma gradual del sector salud en Bolivia.

La Constitución Federal del *Brasil* de1988 define al país como una república federal compuesta por gobiernos regionales y municipales autónomos. La descentralización administrativa y la delegación de poderes a las municipalidades constituyen un componente importante de la reforma del sector salud. La Ley del Sistema de Salud de 1990, que define la estructura y financiamiento del nuevo sistema de atención, sin embargo, no ha sido aún implementada en su integridad. La estrategia de descentralización del Ministerio de Salud define tres niveles de descentralización municipal. Las Municipalidades tienen que cumplir ciertos requisitos para demostrar su capacidad, y solamente las municipalidades de nivel terciario pueden decidir autónomamente como gastarán su presupuesto.

Uno de los aspectos más importantes de la reforma brasileña es la incorporación de las organizaciones sociales al sistema de salud. La Ley Orgánica de Salud No. 8.080 del 19 de septiembre de 1990 define los roles de las organizaciones no gubernamentales en las áreas de promoción, protección y recuperación de la salud. En caso de que los servicios públicos fuesen insuficientes para garantizar la cobertura de dichos servicios a nivel de la población de un área definida, el sistema de salud puede proporcionar cobertura a diferentes niveles utilizando los servicios de las ONG, a través de la suscripción de acuerdos formales.

La reforma *Colombiana* del sector salud es muy compleja. La Ley 100 de 1993 establece el Sistema de Seguridad Social General, en base a la expansión de la cobertura a través de dos sistemas, un sistema

contributivo y un sistema subsidiado. Se crearon Empresas de Promoción de la Salud como el eje organizacional del Sistema Contributivo. Estas inscriben a la población, movilizan recursos financieros, promueven la salud y organizan la prestación de servicios de salud. El Sistema Subsidiado a través de sus Empresas de Salud Colectiva está remplazando lentamente al sistema de salud tradicional financiado por el estado.

Las Empresas de Promoción de la Salud pueden ser públicas, privadas, colectivas o mixtas. Estas compiten entre sí para captar a la población. Los hospitales públicos están siendo transferidos a las Empresas Sociales del Estado. En 1998, LA OPS reportó que se había logrado la descentralización en 17 de los 32 departamentos (53%), los 4 distritos y 150 de las 1.065 municipalidades (15%), según los datos de la Oficina Nacional de Planificación.

La reforma del sector salud en la *República Dominicana* todavía se encuentra en una etapa incipiente. Un decreto legal ha creado las Direcciones de Salud Provinciales (DSPs) como la nueva autoridad de salud a nivel provincial. Las DSPs están siendo fortalecidas para poder transferirles responsabilidades, capacidades y recursos. El proceso de descentralización no involucra a las autoridades municipales.

En *Ecuador*, la Ley de Descentralización Gubernamental y Participación Social tiene la intención de transferir progresivamente la autoridad, la responsabilidad y los recursos a los niveles más bajos. Todavía se están puliendo los detalles para traducir estas intenciones en un nuevo sistema nacional de atención. El modelo de descentralización del Ministerio de Salud se basa en la descentralización y deconcentración técnica de ciertas actividades administrativas, así como la programación y elaboración de presupuestos de salud en áreas que tienen redes de servicios pequeñas. El Instituto de Seguridad Social (IES), por el contrario, está descentralizando los aspectos administrativos a nivel de las grandes regiones.

El Salvador está actualmente inmerso en la definición y puesta en marcha de un nuevo modelo para su sistema de salud. Ya ha comenzado la descentralización de sus procesos administrativos. En enero de 1999, el Ministerio de Salud firmó acuerdos con cinco ONG locales para la prestación de servicios de salud primarios en las áreas rurales del país.

El gobierno de *Guatemala* está promocionando un Sistema Amplio de Salud (SIAS), como la iniciativa más importante dentro del Programa de Modernización de los Servicios de salud financiado por el BID. El SIAS tiene la intención de proveer un paquete básico de servicios a la población que actualmente carece de estos servicios. Está basado en una red de trabajadores comunitarios y en la subcontratación de ONG para la prestación de servicios. El Ministerio de Salud ha asumido compromisos administrativos con las Autoridades de las diversas Áreas del país, que crecientemente asumen la responsabilidad de contratar ONG locales para la prestación de servicios, financiados a través de un costo predeterminado por usuario. Se sabe que el SIAS ha contribuido a la realización de importantes mejoras de los indicadores de salud. La cobertura de los servicios de salud primarios ha aumentado de 54% a 85% de 1996 a 1998 y la cobertura de las vacunaciones de 75% a 91%, en tanto que la mortalidad infantil se ha reducido de 51 por 1000 a 37 por 1000 en el mismo período.

La descentralización en *México* comenzó en 1988, cuando la Secretaría de Salud (SSA) transfirió sus funciones y recursos a 14 estados. Después de varios años de inacción, la descentralización se impulsó dentro del marco de la reforma del sector salud y de un proceso político más amplio conocido como el "Nuevo Federalismo." El Poder Federal Ejecutivo y los gobiernos de los estados firmaron el Acuerdo Nacional de Descentralización de Servicios de Salud en 1997. Se crearon las agencias públicas descentralizadas, que eran las nuevas entidades administrativas con personería jurídica y con recursos propios, en cada estado del país. Estas agencias son responsables de los establecimientos de salud transferidos por la SSA a estos gobiernos de los estados. El IMS (Instituto Mexicano de Seguridad Social)

también descentralizó sus funciones y responsabilidades, pero a sus siete regiones administrativas, no a los estados.

4. LAS ONG Y LA DESCENTRALIZACION

La descentralización, una de las herramientas de la reforma del sector salud, altera el rol de las autoridades de salud del nivel central. Inevitablemente, el rol de las ONG también cambia. La descentralización puede tener un impacto sobre las ONG de diversas maneras. En primer lugar, cambia a las *autoridades* que son responsables de la planificación de programas locales de salud, y la toma de decisiones con respecto al rol de las ONG en la prestación de servicios a nivel local. Las ONG ya no pueden conformarse solamente con tratar con una sola autoridad gubernamental de salud del nivel central. En lugar de ello, deben desarrollar relaciones con las autoridades gubernamentales a nivel local. Esto requiere de una vasta comprensión de las políticas de las autoridades gubernamentales de salud a nivel local y de los actores clave responsables de tomar decisiones en el nivel local.

En segundo lugar, la descentralización cambia a menudo el *financiamiento* de los servicios de salud. Se asigna a las autoridades locales un rol mucho más importante en lo que respecta a la toma de decisiones acerca del uso de los ingresos del sector público para financiar la respuesta a las necesidades locales. El trabajo de una ONG en apoyo del sector público puede ser financiado en la actualidad a través de un donativo en bloque para las ONG de un gobierno municipal o estatal, un contrato o un subsidio del gobierno central.

En tercer lugar, la descentralización puede cambiar el mecanismo de la *competencia por los servicios*. Los nuevos mecanismos de financiamiento y prestación de servicio pueden aumentar la competencia para captar clientes entre las ONG, y entre las ONG y los establecimientos públicos. Por el contrario, la descentralización puede ampliar substancialmente la demanda de servicios de las ONG, especialmente cuando las ONG son bien conocidas y respetadas a nivel local.

En cuarto lugar, la descentralización cambia a menudo el *marco legal y regulatorio* bajo el cual trabajan las ONG. Las leyes y regulaciones nacionales referentes al sistema descentralizado de atención pueden tener un impacto significativo sobre la capacidad de las ONG para convertirse en socios confiables del sector público. Sin embargo dichas leyes y regulaciones se elaboran frecuentemente sin la contribución del sector ONG. Las ONG que operan en un país federal, como Brasil, están también sujetas a la legislación elaborada por los estados federados.

En quinto lugar, la descentralización puede cambiar la *idoneidad de los sistemas administrativos existentes*. Esto es verdad tanto para las ONG como para el sector público. La estructura organizacional de una ONG y sus sistemas y procesos administrativos podrían requerir de un cambio en respuesta a su nuevo rol, los cambios en la demanda de sus servicios y la manera en que se financian y supervisan estos servicios.

Sin embargo ¡no todas las ONG son iguales! El término 'ONG' cubre un grupo muy diverso de organizaciones que se han propuesto lograr una multiplicidad de metas, y no existe ningún acuerdo con respecto a la manera en la que una ONG debería ser clasificada. Andrew Green[3] del Instituto Nufield del Reino Unido divide a las ONG del sector salud en:

a) organizaciones religiosas

b) ONG internacionales (bienestar social)

[3] Green, A. The role of non-governmental organizations and the private sector in the provision of health care in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 2: 3-58, 1987.

c) ONG locales (bienestar social)

d) sindicatos y asociaciones gremiales y profesionales

e) otras organizaciones sin fines de lucro; y

f) atención sin fines de lucro (pero pre-pagada) (por ejemplo los HMO).

David Korten[4], otro observador del sector ONG, las agrupa en:

a) organizaciones voluntarias

b) contratistas de servicios públicos

c) organizaciones establecidas por la población; y

d) ONG del gobierno.

No importa como clasifiquemos a las ONG, las diferentes agrupaciones de ONG y las ONG individuales dentro de cada grupo varían significativamente en cuanto a su misión y metas, su capacidad y recursos y su edad y reputación a nivel del sector público. Son distintas unas de otras en la medida que cuenten con vínculos previos con los gobiernos del nivel central y local y con otras ONG a nivel local e internacional. Y contrastan en la medida en la que dependen de los donativos del gobierno o de los donantes para apoyar su supervivencia. Una consecuencia importante de toda esta diversidad es que la buena disposición de las ONG para conformar asociaciones con el sector público y su credibilidad ante los ojos del gobierno como un socio valioso es también muy variable.

[4] Korten, D. *Geting to the 21st Century: Voluntary Action and the Global Agenda*. Kumarian Press: West Hartford, 1990.

5. DESARROLLO DE ASOCIACIONES EN RESPUESTA A LA DESCENTRALIZACION

La naturaleza del proceso de reforma del sector salud, la velocidad con la que se ejecuta y la medida en la cual la descentralización se usa como una herramienta de reforma varían mucho a nivel de los diversos países de Latinoamérica y el Caribe. De modo que el impacto de la descentralización sobre las ONG en la región no es uniforme de un país a otro. Las relaciones cambiantes traen consigo el potencial de ampliar las asociaciones entre el sector público y las ONG. Este documento referente a las 'prácticas de punta' ha sido desarrollado con el objeto de explorar estas experiencias e identificar algunos aspectos críticos que deben ser encarados al desarrollar dichas relaciones.

Al examinar la experiencia en sus propios países, los participantes en la reunión celebrada en Bolivia hicieron notar que la descentralización podría:

- Aumentar el número de ONG que operan en un país, diluyendo así la influencia de cualquier ONG en particular
- Reducir el número de ONG en el largo plazo debido a la creciente competencia
- Asignar más dinero a las ONG a nivel municipal que a menudo carecen de capacidad y habilidades administrativas
- Lograr que sea más fácil negociar con una municipalidad que con el gobierno central
- Estimular el desarrollo de mejores estrategias para que las ONG más grandes colaboren con las ONG locales de menor tamaño en asociaciones de ONG
- Proporcionar al sector público un mecanismo formal para resistir las acciones de las ONG y frenar el apoyo previo a las mismas.

Las siguientes páginas proporcionan varios ejemplos de asociaciones entre los sectores público y ONG que han desarrollado hasta la fecha las ONG participantes en la región de Latinoamérica y el Caribe. También ilustran los retos que las ONG están experimentando y la manera en la que han respondido a estos retos.

ASOCIACIONES EMERGENTES ENTRE ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO Y LAS ONG

Muchas ONG en la región de Latinoamérica y el Caribe han demostrado ser confiables y dignas de ser tomadas en cuenta como socios del sector público. Estas cuentan con una amplia gama de experiencias en la prestación de servicios de calidad y concentran sus esfuerzos en las poblaciones más necesitadas. A menudo son pioneras en lo que respecta a prestar atención en áreas que el sector público no ha podido asumir, como el VIH/SIDA, la salud reproductiva, etc. Generalmente son más flexibles e innovadoras que las entidades del sector público y pueden asumir el rol de pioneras de nuevos enfoques para la prestación de servicios, de los cuales puede beneficiarse el sector público. De modo que las ONG tienen mucho que contribuir dentro del contexto de la reforma del sector salud.

Las discusiones que se llevaron a cabo en la reunión celebrada en Bolivia hicieron ver muy claramente que no solamente las ONG tienen mucho que ofrecer al sector público, sino que están también muy interesadas en desarrollar verdaderas asociaciones. Las ONG que liderizan el sector enfatizaron, sin embargo, que estas asociaciones deben ser asociaciones genuinas, en las que cada socio contribuye su parte en forma abierta y voluntaria. ¡Las ONG definitivamente no están interesadas en absolver al estado de su responsabilidad en lo que concierne a la salud de la nación!

Las asociaciones emergentes entre entidades públicas y ONG reflejan la diversidad de ONG en términos de su misión y metas, así como su financiamiento y personal. A pesar de que no surgieron tipos uniformes de relaciones predominantes entre los servicios de salud del gobierno y las ONG en la región de Latinoamérica y el Caribe, las entrevistas y discusiones revelaron cinco áreas específicas de contribución de las ONG al sector público. Estas son 1) prestación directa de servicios, 2) capacitación del personal del gobierno, 3) proyectos de demostración de la reforma del sector salud 4) asesoría técnica y apoyo, y 5) coordinación de las ONG.

Prestación directa de servicios en áreas donde las ONG son fuertes

Varias de las ONG entrevistadas han aprovechado las nuevas aperturas en la prestación directa de servicios que la descentralización ha abierto a nivel local en sus países. Estas asociaciones entre los sectores público y ONG adoptan varias formas diferentes. Pueden ser entre una ONG y el gobierno central o entre una ONG y el gobierno municipal o estatal. Las relaciones con el sector público pueden basarse en un contrato entre las dos entidades o se pueden utilizar convenios más informales.

Profamilia en Colombia ahora vende sus servicios de planificación familiar y salud sexual a Empresas Prestadoras de Salud (EPS) que son responsables de la provisión de servicios y seguros de salud. El gobierno estableció treinta de esas ESP, como parte de su nuevo modelo de prestación de servicios de salud descentralizados. *Bemfam* en Brasil cuenta con una estrategia bien definida para complementar al sector gubernamental, en lugar de competir con el mismo. Provee servicios de salud sexual y reproductiva en casi 900 municipalidades en doce estados, incluyendo la detección del VIH/SIDA.

En El Salvador, donde la descentralización está todavía en sus etapas más tempranas, *Fusal* firmó un acuerdo formal hace tres años con el nivel central del Ministerio de Salud, asumiendo plena responsabilidad por la prestación de servicios primarios de salud en la municipalidad de San Julián. Esta responsabilidad incluye la administración de la Unidad Municipal de Salud. En 1999, Fusal y cuatro otras ONG firmaron un contrato con el Ministerio para prestar servicios en áreas adicionales. En Bolivia, *Prosalud* trabaja a nivel municipal bajo convenios firmados localmente dentro de un convenio central o Convenio Marco. En algunas municipalidades, el gobierno local ha provisto tierras para que se establezca una clínica de Prosalud, y por lo menos en una municipalidad, también ha provisto la planta física de la clínica.

La descentralización del poder hacia el nivel municipal algunas veces ha dado lugar al reemplazo de las entidades del sector público por ONG para algunos aspectos de la prestación de servicios. *CEMOPLAF* en Ecuador provee servicios de contracepción quirúrgica voluntaria en dos hospitales del gobierno bajo un contrato con el Ministerio de Salud, en virtud del cuál el sector público delega esa responsabilidad a CEMOPLAF. También provee servicios de citología a los clientes del sector público en el Hospital de Pujili, y servicios de vacunación en Otavalo, utilizando suministros y equipos del Ministerio de Salud. *CIES* en Bolivia provee servicios médicos y capacitación sobre salud sexual y reproductiva a nivel municipal. Estos servicios eran provistos previamente por el sector público.

Capacitación para el personal del gobierno

La descentralización impone nuevas demandas al personal del gobierno en el nivel local en términos de la planificación y administración de los servicios de salud. Muchas ONG desempeñan un rol muy valioso en lo que respecta a la capacitación del personal de ese sector público. Las ONG han sido más activas en la provisión de capacitación en el servicio y en las actividades de educación continua en las áreas de su experiencia técnica así como capacitación gerencial. Algunas de ellas han creado o apoyado programas de capacitación académica en apoyo a la reforma del sector salud.

Bemfam tiene contratos formales con 900 gobiernos municipales para mejorar su capacidad en las áreas de salud sexual y reproductiva. Proporciona a estas municipalidades su metodología para capacitar a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Los departamentos municipales de salud a su vez han acordado utilizar las normas, estándares y protocolos de tratamiento de Bemfam. En Ecuador, *CEMOPLAF* provee capacitación teórica y práctica en el campo de la salud sexual y reproductiva a los médicos del área rural que trabajan en el sector público. También ha participado en el desarrollo de manuales nacionales sobre estos temas. *Mexfam* capacita al personal del gobierno mexicano en salud sexual y del adolescente. *CARE/Bolivia* ha provisto capacitación al personal del sector público de nivel municipal en las áreas de planificación, monitoreo y evaluación, supervisión y habilidades diagnósticas. También ha organizado talleres de Capacitación para Capacitadores.

Algunas ONG están planificando e implementando programas de capacitación académica en apoyo al sector público. Financiado por el proyecto APOLO (Apoyo a Organizaciones Locales) que a su vez es financiado por USAID, *CARE/Ecuador* ha colaborado con la Universidad Católica en el desarrollo de un programa interesante de capacitación para especialistas médicos de las poblaciones más pequeñas del Ecuador. Estos doctores estudian medicina familiar en sus propios centros bajo la guía de un profesor de la Universidad y reciben su diploma de especialistas al término del programa de capacitación de tres años. El gobierno del Ecuador está interesado actualmente en replicar este concepto de capacitación. *Fusal* ha creado varios programas académicos con diferentes alcances y audiencias objetivo para apoyar los esfuerzos de la reforma del sector salud en El Salvador. En 1999, por ejemplo, ofreció dos cursos, uno en administración de la salud y el otro en epidemiología, al término de los cuales otorgó un diploma a los participantes.

Proyectos de demostración de los nuevos modelos de prestación de servicios de salud

Una de las metas clave de la descentralización es alentar a los prestadores de servicios a mejorar su respuesta a las necesidades locales. Las ONG generalmente pueden ser mucho más innovadoras y flexibles que los sistemas de salud rígidos del gobierno al definir los servicios que desean prestar para cubrir dichas necesidades. Las ONG también sufren de menos restricciones burocráticas que el sector público al identificar sus recursos financieros y humanos para cubrir las necesidades identificadas localmente. De modo que las ONG pueden desempeñar un papel muy útil en el diseño e implementación de proyectos de demostración referentes a las nuevas maneras de prestar servicios en países en los que la reforma del sector salud, y con ésta la descentralización, siguen en pleno desarrollo. Los reformadores del sector público pueden utilizar estos proyectos de demostración para aprender lecciones valiosas con miras a aplicarlas en reformas futuras. La capacidad de las ONG para implementar dichos proyectos de demostración está obviamente ligada muy estrechamente a los recursos que pueden movilizar para dichas actividades.

CARE/Ecuador ha estado implementando el proyecto APOLO desde abril de 1995. El objetivo estratégico del proyecto es desarrollar modelos de demostración para la prestación de servicios así como

el financiamiento que contribuye a la definición de las políticas dentro del proceso de reforma del sector salud. Este proyecto se implementa en asociación con ONG locales (CEMOPLAF, Fundación Pablo Jaramillo, ASME-CX), municipalidades (Chordeleg, Bolívar, Pedro Vicente Maldonado, Santa Elena), la Iglesia Católica y las comunidades.

CARE ha diseñado tres modelos de demostración diferentes y ha desarrollado un plan estratégico para cada modelo. Este plan es implementado bajo la supervisión de los Consejos Cantonales de Salud que fue creados para este propósito. Uno de los modelos de demostración que APOLO implementa es la descentralización y la participación social en la ciudad de Chordeleg. La hipótesis de este modelo experimental establece que "a través de la descentralización de los servicios de salud, se puede mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, así como aumentar la cobertura, mejorar la eficacia y eficiencia de la administración de recursos, además de garantizar la equidad y solidaridad, aumentar la participación de la comunidad en la toma de decisiones en el sector salud y lograr un impacto sostenible con respecto a la situación de la salud y mejorar la calidad de vida a nivel de la comunidad." Los resultados de este proyecto de demostración están listos para ser compartidos con otros.

Asesoría técnica y apoyo

La provisión de asesoría técnica en sus áreas de experiencia es otra manera en la que las ONG se asocian con el sector público. Las experiencias de las ONG entrevistadas para este documento aparentemente son mixtas en este respecto. Algunas de ellas aseveraron que habían podido influir sobre las decisiones del sector público ya sea trabajando directamente con los administradores del nivel descentralizado o participando en Comités y reuniones de nivel nacional. Muchas de las ONG que trabajan en el área de la salud reproductiva, como *CEMOPLAF* y *APROFE* en Ecuador y *COF* en El Salvador, han participado en el desarrollo de normas nacionales para la salud sexual y reproductiva. Otras ONG consideran que las prácticas exitosas en los servicios administrados por las ONG han tenido una influencia indirecta sobre la toma de decisiones en el sector público. En muchos casos, sin embargo, las ONG reportaron que habían tenido muy poca influencia sobre la toma de decisiones en el sector público.

Las ONG pueden desempeñar un papel muy útil en lo que respecta al apoyo de las necesidades prioritarias de salud que pueden ser ignoradas por las reformas de salud en el sector público. *Profamilia*, por ejemplo, se unió a muchas otras organizaciones con el fin de apoyar la inclusión de servicios de planificación familiar en el paquete básico de servicios que está cubierto bajo el sistema descentralizado de salud de Colombia.

Coordinación con las ONG

Como se había indicado anteriormente, el sector ONG consiste de un gran número de organizaciones muy diferentes desde el punto de vista de su misión, objeto y capacidad. La información acerca de estas ONG y los servicios que proveen a menudo no es de fácil disponibilidad para el gobierno. Los reformadores de salud del sector público, aún aquellos que han asumido un compromiso genuino con el desarrollo de asociaciones entre entidades del sector público y ONG, están confrontando grandes dificultades al tratar de determinar qué ONG puede ser socios confiables del gobierno.

Las redes de ONG y las ONG paraguas pueden representar los puntos de vista del sector ONG en los debates referentes a la reforma así como coordinar los intercambios de información entre las mismas ONG y entre las ONG y el sector público. Sin embargo, no se logró un consenso entre las ONG en la reunión celebrada en Bolivia, acerca del valor de dichas redes u organizaciones paraguas. La experiencia en los diferentes países de la región fue bastante variable. En algunos países, las redes de ONG han

servido como una voz común muy valiosa para el sector ONG en sus discusiones con el sector público. También han servido como medios muy útiles de aprendizaje mutuo para las ONG en sí. En otros países, sin embargo, al parecer estas redes han tenido una historia muy corrupta.

Insalud, un consorcio de 62 ONG, sirve un propósito muy útil en el sector salud de la República Dominicana. El gobierno dominicano reconoce que Insalud es la organización que representa al sector ONG en todas las decisiones que involucran a las ONG. Insalud organizó la elección de representantes del sector ONG ante la Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud (CERS) y la Comisión Nacional del SIDA. También participó en la definición de las estrategias referentes a la Ley General de Salud, así como a desarrollo de relaciones con la Cámaras Legislativas.

Insalud es miembro de la Comisión Nacional de Habilitación y Acreditación de ONG. Colabora a través de esta Comisión con la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) en el desarrollo de un proceso para asegurar que las ONG encargadas de la prestación de servicios cumplan con los estándares y normas mínimas. Insalud está también trabajando para cambiar los términos bajo los cuales SESPAS transfiere fondos públicos a las ONG.

RETOS QUE DEBEN ENCARAR LAS ONG

El sector público en cualquier país de la región de Latinoamérica y el Caribe consiste de una diversidad de entidades organizacionales y niveles gerenciales y administrativos del Ministerio de Salud o del Sistema de Seguridad Social a nivel de los gobiernos municipales y los establecimientos de salud locales. Cada uno de estos componentes del sector público tiene sus propias metas organizacionales, recursos, restricciones y niveles de confianza – o suspicacia – en el sector ONG. Las ONG deben encarar numerosos retos mientras atraviesan el laberinto de un sector público tan complejo cuando tratan de conformar asociaciones útiles. Los retos surgen especialmente como resultado de las expectativas poco claras del sector público, los nuevos conflictos que la descentralización crea y las restricciones de recursos que las ONG están experimentando.

Expectativas poco claras o irreales del sector público

Cambiar el rol del sector público a través de la reforma del sector salud hace necesario que el rol del sector privado, incluyendo el de las ONG, también cambie. La contribución potencial de las ONG como socios del sector público debería ser de gran interés para los planificadores de la reforma del sector salud. Las entrevistas revelaron, sin embargo, que las ONG se incluyen muy raras veces en las discusiones en las que se determinan las nuevas modalidades para compartir el poder bajo la descentralización. Más de la mitad de las ONG representativas que fueron entrevistadas reportaron que no habían participado en total en dichas discusiones.

La exclusión de las ONG en esta fase de diseño de la descentralización podría hacer peligrar su participación posterior en la reforma. En primer lugar, los documentos del gobierno sobre las reformas planificadas generalmente no contienen detalles suficientes con respecto a las expectativas que el gobierno tiene para el futuro rol y contribución de las ONG. Si el rol de las ONG se define vagamente esto puede dar lugar a que el sector público haga suposiciones erróneas acerca del rol que las ONG están dispuestas a asumir. En segundo lugar, la falta de contribuciones de parte de las ONG a la reforma sectorial podría llevar a los reformadores a establecer estándares irreales para los nuevos socios potenciales del gobierno. Se reportó, por ejemplo, que cuando el sector salud colombiano fue descentralizado, los reformadores del sector público establecieron estándares mínimos tan altos para la participación de proveedores de servicios que muchas ONG fueron excluidas de participar. En tercer

lugar, la exclusión de éstas en la fase de diseño puede dar lugar a que las ONG cuenten con muy poca información acerca de las metas de la reforma y tengan que luchar por definir su propia contribución potencial a la misma.

Nuevo socios, nuevo conflictos

La reforma del sector salud es una tarea de naturaleza política. Como resultado de la descentralización, las ONG deben tratar con diversos interesados políticos, como los gobiernos municipales. La responsabilidad y autoridad por la planificación y elaboración de presupuestos ya no son de responsabilidad exclusiva del nivel central. Las nuevas relaciones cuestionan la responsabilidad y transparencia de las ONG. Las ONG que se han ganado la confianza de las autoridades locales a través de su trabajo previo a nivel local generalmente se han dado cuenta de que es más fácil manejar el cambio y adaptarse al nuevo ambiente de trabajo. Es probable que les vaya mucho peor a las ONG cuyas operaciones y administración aparentemente carecen de dicha transparencia.

Los desacuerdos generalmente surgen entre el gobierno central y las nuevas instituciones descentralizadas y niveles administrativos, cuando se está transfiriendo el poder. Algunas veces las ONG se han visto atrapadas al medio de estas peleas políticas, como el 'jamón en un emparedado.' Los administradores de las ONG deberían emplear sus habilidades políticas para resolver dichos conflictos.

Los gobiernos municipales son probablemente los nuevos interesados más importantes en los países descentralizados de la región de Latinoamérica y el Caribe. La capacidad administrativa a nivel municipal es todavía muy limitada en la mayor parte de los países de Latinoamérica y el Caribe. Por consiguiente, las ONG están trabajando no solamente con socios nuevos, sino también con socios cuya capacidad para administrar las asociaciones emergentes entre entidades públicas y ONG podría requerir de mejoras.

Restricciones de Recursos

A menudo las ONG encuentran mucho más competencia en un medio post-descentralización. Las reformas colombianas, por ejemplo, aumentaron la competencia tanto a nivel de las ONG prestadoras de servicios entre sí como entre estas ONG y el sector público. Las reformas bolivianas de manera similar han aumentado la competencia entre los prestadores de servicios.

Para mantenerse competitivas, muchas ONG han asignado sus recursos al mejoramiento de su planta física y han ampliado la gama de servicios que prestan. El nivel decreciente de fondos de los donantes para el sector ONG, en conjunción con el incremento de la demanda, dan lugar a cuestionamientos con respecto a la sustentabilidad de las operaciones de las ONG que cuentan con recursos muy limitados.

Respuesta de las ONG a los retos

Las ONG que han encarado los retos de la descentralización, lo han hecho pensando en forma proactiva y dando los pasos necesarios para ser más competitivas en un medio cambiante. En particular, las ONG han tratado de mejorar sus:

- servicios
- planta física

- personal
- sistemas administrativos y
- estructura organizacional.

Las ONG prestadoras de servicios que han tenido éxito en los países descentralizados han ampliado la gama de servicios que sus clínicas ofrecen. *Prosalud* en Bolivia, por ejemplo, añadió nuevas especialidades a su clínica, abrió un programa de oftalmología, un taller de ortopedia y un programa de fisioterapia.

Fuera de ampliar sus servicios, las ONG han mejorado la infraestructura física de sus clínicas. Consideran que dichas mejoras son esenciales para que puedan seguir atrayendo clientes en un medio más competitivo. Tanto *Profamilia* en Colombia como *Prosalud* en Bolivia captaron recursos adicionales de otras fuentes para mejorar sus clínicas.

BEMFAM ha mejorado sus servicios, instalaciones y sistemas administrativos en respuesta a las nuevas demandas dentro del contexto de la reforma. Ha añadido nuevas especialidades a sus servicios clínicos y ha adquirido equipo nuevo. Mantener las aptitudes y la capacidad de sus recursos humanos es una de las prioridades de BEMFAM a medida que hace frente a los retos de la reforma brasileña.

Un tema común en las discusiones con las ONG prestadoras de servicios que operan en los países descentralizados era el reconocimiento de que se habían vuelto más empresariales en cuanto a la forma que se administraban. *Profamilia* en Colombia, por ejemplo, comentó que se 'había convertido en una empresa de salud que operaba como una firma privada.' Esto ha tenido un impacto distinto tanto a nivel del personal de esa ONG como en la capacitación interna de su personal. Varias ONG observaron que un número cada vez mayor de individuos que poseen una Maestría en Administración de Empresas se está haciendo cargo de la administración de las clínicas en lugar de los médicos. Las ONG están proporcionando más capacitación administrativa a su personal. También están tratando de asegurar que el personal se mantenga técnicamente actualizado, especialmente en aquellos casos en los que la ONG provee asesoría técnica al sector público.

La administración financiera es otra área a la que las ONG prestan mucha atención, porque cualquier mejora en esta área puede ayudarlas en gran medida a adaptarse a su rol post-descentralización. La sustentabilidad en este medio nuevo más competitivo, en conjunción con la conformación de asociaciones sobre una base contractual, traen consigo diversas demandas debido a la manera en la que las ONG administran sus finanzas. Las ONG deben estar mucho más conscientes de la relación costo-beneficio de sus servicios, así como poseer la habilidad para monitorear y evaluar la accesibilidad, calidad y eficiencia de dichos servicios.

La información gerencial actualizada, que es razonablemente exacta y de fácil acceso está adquiriendo cada vez más importancia para la toma de decisiones administrativas sólidas. Las ONG han tratado muy acertadamente de mejorar los métodos de recolección, procesamiento y análisis de dichos datos esenciales. *Profamilia* comentó que su sistema de información gerencial, en particular, había sido difícil de modificar con posterioridad a la descentralización. A medida que Profamilia cambió su rol y comenzó a vender sus servicios, el enfoque de la administración financiera también cambió. El requisito previo de contar con la información financiera correcta para satisfacer a los donantes sufrió un cambio, ya que ahora Profamilia necesita información apropiada para administrar sus propios costos.

La preocupación por lograr una mejor calidad, en conjunción con los requisitos de aseguramiento de la calidad que el sector público descentralizado exige de sus socios, ha dado lugar a varios esfuerzos para

monitorear y mejorar esta área. *Mexfam* creó un nuevo departamento de calidad médica. *Fusal* cuenta actualmente con un departamento de 'sistematización y evaluación de experiencias.' *Profamilia* organizó comités de calidad en sus 35 centros de salud. Estos centros de salud son auditados regularmente tanto por el Ministerio de Salud como por las Empresas Prestadoras de Salud.

Finalmente, las ONG que trabajan en diversos niveles de un sistema de salud se han dado cuenta de que es cada vez más importante re-evaluar las relaciones entre sus propias oficinas centrales y sus sucursales a nivel local. Las sucursales están más cerca de los responsables de tomar decisiones en el nivel descentralizado, y por ende están en mejor posición para comercializar los servicios de las ONG a nivel de los individuos que controlan los recursos económicos en el nivel local. Los administradores de estas sucursales locales deben ser capaces de tomar decisiones rápidas sin ponerse en contacto constantemente con la oficina central de la ONG. *Prosalud* en Bolivia, por ejemplo, ha facultado a sus oficinas regionales para que desarrollen buenas relaciones con los alcaldes municipales. El nivel central de Prosalud ha fortalecido su propia capacidad para apoyar a las oficinas regionales, en tanto que se ha concedido mayor poder de toma de decisiones al nivel regional.

6. CONSIDERACIONES CRITICAS

Para lograr el éxito deseado, la reforma del sector salud requiere de socios competentes desde el punto de vista técnico y organizacional. Las ONG difieren mucho unas de otras en lo que respecta a su fortaleza técnica y su capacidad organizacional. A pesar de que las ONG más fuertes ya han aprovechado las nuevas aperturas, las ONG más débiles no se han beneficiado de la misma manera. En efecto, es posible que algunas ONG hubieran sufrido a raíz de la descentralización. Las ONG que liderizaron la reunión en Bolivia enfatizaron que antes de conformar una asociación con el sector público, una ONG debe analizar sus propias fortalezas y debilidades técnicas y administrativas y debe estar genuinamente comprometida con el fortalecimiento de las áreas que requieren de mejoramiento.

Pero la reforma del sector salud es también un tema político. Las ONG líderes reconocieron que deben mejorar su propio nivel de comprensión del medio político de su país, así como los cambios resultantes de la reforma del sector salud que se han planificado o que están en plena ejecución. En particular, deben examinar desde un punto de vista más crítico las implicaciones posibles que estos cambios tienen para el trabajo de las ONG que dirigen.

FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS Y LA CAPACIDAD GERENCIAL

Los participantes de la reunión en Bolivia subrayaron que antes de que una ONG pueda convertirse en un socio efectivo del sector público, deben ordenar sus propios asuntos. Se debe asegurar que su propia visión y misión estén claras, y que cuenten con un plan estratégico bien desarrollado. Deben examinar críticamente sus estructuras y sistemas administrativos a nivel interno, identificar las debilidades y tratar de mejorarlas. Si la ONG ha sido administrada en forma centralizada, es posible que tenga que cambiar su estructura organizacional para adecuarse al nuevo contexto de un sector público descentralizado.

Mejorar los sistemas y procesos administrativos es importante, pero no es suficiente. Las ONG líderes hicieron notar que una ONG también debe asegurarse de que su personal cuente con las habilidades administrativas apropiada para utilizar dichos sistemas y procesos. Contar con las habilidades adecuadas en planificación, administración financiera y de recursos humanos, administración de productos farmacéuticos e inventarios, información gerencial y monitoreo y evaluación es muy necesaria para una buena administración.

La reforma del sector salud trae consigo una demanda de nuevas habilidades. Las ONG líderes subrayaron que aún una ONG bien administrada puede carecer de las habilidades adecuadas en las áreas de apoyo, negociación, mercadeo y contratación. Se deben mejorar las habilidades del personal en lo que respecta al apoyo, si las ONG van a representar las necesidades de sus clientes en forma más efectiva. Las habilidades de negociación son esenciales para desarrollar asociaciones mutuamente beneficiosas con el sector público. Las habilidades de mercadeo deben mejorarse si una ONG va a sobrevivir la creciente competencia que probablemente traiga consigo la descentralización. Las habilidades para redactar y manejar contratos son también esenciales para mantener una asociación contractual efectiva y sostenible con el sector público.

DESARROLLO DE UNA BASE FINANCIERA SÓLIDA

Las ONG líderes enfatizaron que las ONG deben tener una idea muy clara de sus fuentes de ingresos si tienen la intención de formar una asociación con el sector público. Deben realizar una planificación fiscal de largo plazo y estar dispuestas a explorar nuevas fuentes de ingresos. También deben saber cómo varían sus recursos de un año a otro.

POSICIÓN EN EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD

Las ONG deben comenzar a verse a sí mismas como actores en un mercado de servicios de salud. Los participantes de la reunión celebrada en Bolivia subrayaron la importancia de examinar si las ONG ya habían logrado una posición ventajosa en ciertas áreas del mercado y qué requerirían para mantenerse competitivas. Las ONG deben considerar las nuevas oportunidades y decidir qué mercados podrían ser particularmente idóneos para ellas.

Para lograr una mejor posición en el mercado de servicios de salud, las ONG deben conocer a sus poblaciones objetivo actuales y si las poblaciones a las que prestan servicios varían de año en año o se mantienen estables. Es posible que también tengan que mejorar su propia infraestructura y equipo para mantenerse competitivas. Si dichas mejoras son esenciales, las ONG deben examinar si pueden financiar los nuevos costos de capital de sus propios ingresos o si deben buscar donantes idóneos.

CULTIVAR EL LIDERAZGO

Las ONG representativas subrayaron repetidamente la importancia del liderazgo como un ingrediente clave para una asociación exitosa. Las ONG deben identificar y cultivar dicho liderazgo potencial a nivel de sus propios miembros. Deben buscar oportunidades para desarrollar dichos líderes y exponerlos a discusiones más amplias sobre la reforma del sector salud en la región.

Adicionalmente al liderazgo individual, las ONG como organizaciones también deberían verse a sí mismas como líderes. Podrían asumir un papel muy importante en lo que respecta a hablar a favor de los grupos marginados, como las minorías étnicas o las mujeres, a las cuales prestan servicios. Los participantes en la reunión celebrada en Bolivia enfatizaron que para poder ejercer este rol de liderazgo, las ONG deben tratar de desarrollar una visión común de cómo debería ser el sistema de salud en su país en el futuro y cuál sería el rol apropiado de la ONG. Dicho rol de liderazgo requiere que una ONG fomente relaciones apropiadas con otras ONG que comparten la misma filosofía, así como con los gobiernos a nivel local y central.

Es importante fortalecer la propia capacidad administrativa interna de la ONG, pero eso no es suficiente. Como se indicó anteriormente, las ONG líderes reconocieron que el desarrollo de asociaciones sólidas entre entidades públicas y ONG también requiere que los responsables de la administración de la ONG desarrollen una mayor comprensión de los procesos de reforma del sector salud que fueron planificados o que ya se están ejecutando en su propio país. Si carecen de dicha comprensión, ya no pueden guiar a su organización para que aproveche al máximo las nuevas aperturas que la descentralización puede traer consigo. Los participantes reconocieron que estas aperturas no solamente son accesibles para las ONG de mayor tamaño. Todo tipo de ONG puede formar asociaciones con el sector público, pero solamente si sus administradores comprenden a cabalidad los cambios que la reforma del sector salud está trayendo.

7. LECCIONES APRENDIDAS

Las ONG líderes que asistieron a la reunión celebrada en Bolivia identificaron cinco lecciones clave de su propia experiencia para el desarrollo de asociaciones entre entidades del sector público y las ONG:

SER PROACTIVA

Una ONG debe ser proactiva al enfocar el sector público para buscar asociaciones mutuamente beneficiosas. Las ONG líderes enfatizaron que las ONG innovadoras y flexibles, que buscan activamente nuevas aperturas y al mismo tiempo mantienen su misión organizacional e integridad, pueden ser socios muy valiosos del sector público.

EXAMINAR LAS IMPLICACIONES DE LAS ASOCIACIONES SOBRE LA CAPACIDAD DE LA ONG

Una ONG debe examinar de cerca la naturaleza de las asociaciones que el sector público ofrece en términos de sus implicaciones sobre la propia capacidad de las ONG. Firmar un contrato con el sector público, por ejemplo, tiene ramificaciones muy diferentes para la administración de las ONG que aceptar un subsidio para concentrarse en los servicios o poblaciones objetivo.

CONSIDERAR EL IMPACTO DE LA DURACIÓN DEL CONVENIO SOBRE LAS OPERACIONES DE LA ONG

Una ONG debería considerar cuidadosamente en qué medida la duración propuesta del convenio podría tener un impacto sobre sus operaciones. El costo de la elaboración de propuestas no es insignificante. Un contrato de año en año con un sector público descentralizado puede consumir gran parte del tiempo y los recursos de los administradores de una ONG. De manera que la ONG debe decidir si vale la pena firmar dicho contrato de corta duración. Si el riesgo de los contratos de corta duración parece ser demasiado alto, los administradores de la ONG deberían examinar qué influencia tienen para lograr asociaciones de mayor duración que serían menos riesgosas.

COMPRENDER LAS OBLIGACIONES Y LA AUTORIDAD

Una ONG debe apreciar qué se está obligando a hacer bajo una asociación entre una entidad pública y la ONG. En particular, debe comprender claramente qué autoridad tendrá para efectuar cambios, si dichos cambios son necesarios en el transcurso de la asociación.

SOPESAR LOS RIESGOS PARA OTRAS RELACIONES

Finalmente, una competencia por los contratos con el sector público potencialmente podrían poner en peligro las relaciones existentes que una ONG ya tiene con otras ONG. Una ONG debe sopesar cuidadosamente el riesgo de dañar estas relaciones que podrían ser importantes para su misión, y los beneficios de adjudicarse un contrato con el sector público.

8. CONCLUSION

Este documento referente a las 'prácticas de punta' refleja la experiencia incipiente con la reforma del sector salud. En muchos países de la región de Latinoamérica y el Caribe, la reforma en sí recién está comenzando a tomar forma. La naturaleza de la participación de las ONG todavía está evolucionando en respuesta a estas reformas incipientes. Consecuentemente, las asociaciones emergentes entre entidades del sector público y ONG representan una diversidad de respuestas a las iniciativas de reforma de la salud en la región de Latinoamérica y el Caribe.

Este documento solamente puede sugerir, no prescribir! Inevitablemente, la experiencia creciente con asociaciones entre entidades del sector público y ONG en la región generarán nuevas opciones y alternativas que no han sido consideradas en este documento. Es de esperar que el documento proporcione un primer paso útil para apoyar este proceso de desarrollo.

9. LISTA DE PARTICIPANTES

INTERCAMBIO TÉCNICO

EXPLORANDO LAS RELACIONES ENTRE LOS SECTORES ONG Y PÚBLICO: DESCENTRALIZACIÓN Y CALIDAD

La Paz, Bolivia, 12-14 de abril de 1999

Organización	*Nombre del Participante*	*Información de Contacto*
BEMFAM	Rita Pasoa	Av. República de Chile, No. 230-17 Centro Río de Janeiro, RJ, CEP 20031-170 Brasil Tel: 55 21 210 2248 Fax: 55 21 220 4057
CARE/ Bolivia	Gerardo Romero	Edificio Ignacio de Loyola, 1er Piso Calle 12 esq. Héctor Ormachea, Obrajes La Paz, Bolivia Tel: 591 2 787 471 Fax: 591 2 783 698
CARE/ Ecuador	Iván Palacios	Av. Eloy Alfaro 333 y 9 de Octubre Edif. Plaza Doral, 1er piso Apartado 17-21-1901 Quito, Ecuador Tel: 593 2 528 689 Fax: 593 2 565 990
CARE/ Guatemala	Oscar Cordon	**Av. la Reforma 6-64, Zona 9** **Ciudad Guatemala, Guatemala** Tel: 502 339 1139 Fax: 502 339 1149
CEMOPLAF	Teresa de Vargas	Calle Cuero y Caicedo 258 y Ave. 10 de Agosto Casilla 17-01-3549 Quito, Ecuador Tel: 593 2 230 519 Fax: 593 2 233 713
CIES	Jack Antelo	Calle Jacinto Benavente No. 219 Casilla 9935 La Paz, Bolivia Tel: 591 2 361 645 Fax: 591 2 361 614

Fundación San Gabriel	José Barragán	Nuñez del Prado, Esq. Pedro Villamil Casilla 4093 La Paz, Bolivia Tel: 591 2 230 646 Fax: 591 2 231 109
FUSAL	Celina de Chousy	Boulevard Orden de Malta Urbanización Santa Elena Sur Antiguo Cuscatlán, El Salvador Tel: 503 289 1100 Fax: 503 278 9432
INSALUD	Guillermo de la Rosa Berges	Luis F. TI omen No. 308 Apartado Postal 11184 Santo DomiONG, DR Tel: 472-3613 Fax: 472-3967
IPPF/ Bolivia	Iván Prudencio	Av. 20 de Octubre #2164, Sopocachi La Paz, Bolivia Tel: 591 2 416 054 Fax: 591 2 416 047
Organización Panamericana de la Salud	Yanuario García	Calle José Aguirre Achá #37 Casilla 2504 La Paz, Bolivia Tel: 591 2 263 646 Fax: 591 2 391 296
PROCOSI	Bertha Poley	Av. 20 de Octubre No. 2164 Casilla 9432 La Paz, Bolivia Tel: 591 2 374 104 Fax: 591 2 314 188
Prosalud	Antonio Arrazola	Calle Jorge Sáenz #1382 Miraflores La Paz, Bolivia Tel: 591 2 222 663 Fax: 591 2 222 479
USAID/ Bolivia	Judith Timyan	Calle 9#104, Obrajes La Paz, Bolivia Tel: 591 2 786 544 Fax: 591 2 786 654

Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe

1- Metodología para Monitorear y Evaluar la Reforma del Sector Salud en Latinoamérica y el Caribe (inglés/español)

2- LÍNEA DE BASE PARA MONITOREAR Y EVALUAR LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (INGLÉS/ESPAÑOL)

3- ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN PARAGUAY *(VERSIÓN PRELIMINAR)*

4- CÁMARA DE COMPENSACIÓN SOBRE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD (INGLÉS/ESPAÑOL)

5- INFORME FINAL – FORO REGIONAL SOBRE LOS MECANISMOS DE PAGO PARA PRESTDORES (LIMA, PERÚ, 16-17 NOVIEMBRE, 1998) (INGLÉS/ESPAÑOL)

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)

EDICIÓN ESPECIAL

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

3- Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones no Gubernamentales para la Contratación de los Servicios de Salud Primaria: Un Documento de Análisis de Experiencias

Para examinar o bajar cualquier publicación le rogamos ir a la Página Web de Initiative:

HTTP://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG

y seleccionar "LACRSS Initiative Product Inventory"