

**DESCENTRALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA:
UN ANÁLISIS COMPARATIVO**

Rosella Cominetti

Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los
Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y
Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe



**NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1997**

LC/L.1093
Diciembre de 1997

Este documento fue preparado por la señora Rosella Cominetti, experta principal del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe (SWE/95/S61). La autora agradece los valiosos comentarios de Jorge Enrique Vargas, Fernando Ruiz-Mier, Sonia Draibe, José Pablo Gómez y Roberto Bisang. Las opiniones expresadas en este trabajo, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

	Pág.
PREFACIO	5
RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	9
II. EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD	13
1. Características y desafíos de los sistemas de salud	15
2. Indicadores básicos del sector salud	17
3. Descentralización del sector salud como eje de la reforma del Estado	23
III. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	27
1. El marco analítico	27
2. La experiencia de descentralización del sector salud	34
3. El grado de descentralización de los recursos públicos en salud	60
4. Análisis comparativo	63
IV. ELEMENTOS PARA UNA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD	71
1. Algunas tendencias iniciales del impacto de la descentralización	71
2. Determinantes del impacto de la descentralización	92
V. RESUMEN Y CONCLUSIONES	97
1. Principales tendencias	97
2. Principales desafíos	98
3. Principales lecciones	99
Notas	103
BIBLIOGRAFÍA	109
Anexos	113

PREFACIO

El Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe, que ejecuta la Comisión Económica para América Latina y El Caribe -CEPAL- con la cooperación del Gobierno de los Países Bajos (HOL/94/S57) y de la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional -ASDI- (SWE/95/S61), está dirigido a identificar los principales desafíos que enfrentan los gobiernos de la región en el ámbito del diseño e implementación de las políticas sociales, así como las potencialidades y limitaciones asociadas a una política de descentralización de los servicios sociales que permita compatibilizar las dimensiones de eficiencia y equidad en un contexto caracterizado por la presencia de importantes restricciones presupuestarias.

Con ese objeto, el Proyecto se ha propuesto analizar los procesos de reforma de las políticas de educación básica y atención primaria de salud, tomando como eje central los procesos de descentralización en un conjunto heterogéneo de países de la región entre los cuales se encuentran: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, México y Nicaragua.

A su vez, se realizan análisis comparativos -entre países- de los procesos de reformas que han tomado lugar en cada sector, con el propósito de identificar los principales hechos estilizados y las lecciones de política que surgen de la revisión de estos procesos.

RESUMEN

La descentralización de la atención primaria de salud constituye un eje central de las reformas de política social que están tomando lugar en América Latina con el fin de avanzar hacia programas que contribuyan a mejorar la eficiencia y al mismo tiempo fortalecer los procesos de democratización que han tomado lugar en la región.

En este documento se realiza un esfuerzo de sistematización de siete experiencias nacionales (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México y Nicaragua), donde se intenta identificar los principales rasgos que caracterizan los diferentes modelos adoptados y algunas de las implicaciones que los procesos de implantación de la descentralización están teniendo sobre los aspectos de eficiencia y equidad. Este documento constituye un estudio comparativo de las experiencias de descentralización del sector salud analizadas en los estudios de caso nacionales preparados en el marco de los proyectos sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en la Educación Básica y Atención Primaria de Salud (HOL/94/S57 y SWE/95/S61).

Entre los resultados obtenidos cabe destacar que los modelos de descentralización de la atención primaria de salud son muy diferentes entre países y por ello son poco comparable. Sin embargo, existen elementos comunes como el fortalecimiento del rol regulador en el nivel central y la tendencia a trasladar las responsabilidades de gestión hacia los niveles subnacionales. En general, existe una elevada dependencia de financiamiento desde el nivel central y el grado de autonomía sobre las transferencias financieras es muy heterogéneo variando desde una absoluta autonomía en Argentina hasta un alto grado de tutelaje, como ocurre en Chile. Finalmente, se observa que la comunidad aun no juega un rol sustantivo en el proceso de toma de decisiones ni ejerce un efectivo control social.

En materia de eficiencia social las experiencias permiten constatar avances en materia de autonomía, pero limitados progresos en materia de participación de la comunidad. Respecto de la eficiencia técnica los resultados son ambiguos de tal modo que si bien existe evidencia parcial de avances, los resultados también sugieren un gran potencial de ganancias, cuya explotación depende en gran medida del rediseño de los programas de descentralización, pero también de la capacidad de implementarlos. La economía política de la descentralización constituye un tema central toda vez que, como lo ilustran las experiencias nacionales, no basta un buen diseño del sistema de salud, sino que un determinante crucial de su éxito es el proceso de montaje. Finalmente, en materia de equidad, la escasa evidencia sugiere que junto a un mejoramiento de algunos indicadores de resultado en salud, la descentralización ha contribuido a ampliar las brechas interterritoriales. Adicionalmente, la escasa información disponible sugiere que en general existe un importante grado de dispersión en la distribución interterritorial de recursos per capita de salud y que esa desigualdad es de naturaleza regresiva. Existen desafíos importantes en los aspectos de eficiencia social, eficiencia técnica y equidad del sistema de salud, que plantean múltiples tareas en diversos ámbitos tales como, fortalecer el área de regulación, generar instancias de control social, mejorar la coordinación entre las diferentes esferas subnacionales, fortalecer las capacidades institucionales, generar sistemas de información eficaces y reducir el elemento inercial que prima como criterio de asignación interterritorial de las transferencias en el sector.

I. INTRODUCCIÓN

Un fenómeno generalizado en América Latina a raíz de la crisis de financiamiento externo que afectó a la mayoría de los países de América Latina a comienzos de los ochenta ha sido la incorporación de los equilibrios macroeconómicos como un componente central de la política económica en general. Esto a su vez ha constituido una restricción importante en el diseño de la política social. Lo anterior implica que las posibilidades de expansión e innovación de la política social en la región tienden a estar restringidas en una medida importante por la tasa de crecimiento de la economía. Dados los insatisfactorios resultados en materia de crecimiento económico, el énfasis de política se ha tendido a centrar de manera creciente en mejorar la eficiencia del gasto social.

El aumento de la eficiencia del gasto público social se ha transformado en el principal desafío de la política social y representa la motivación central de las diversas reformas que se han implementado en la región. Desde esta perspectiva, los procesos de descentralización de los servicios sociales constituyen uno de los mecanismos que apuntan a mejorar la eficiencia de los programas sociales en la región.

Los sistemas de salud en América Latina están siendo objeto de profundas transformaciones con el propósito de enfrentar los desafíos de cobertura y calidad que presentan los actuales sistemas de provisión de salud pública. Entre los cambios de política figuran modificaciones en la relación público/privada en el ámbito de la provisión y del financiamiento del servicio y cambios en los mecanismos de financiamiento y de asignación presupuestaria. En particular, los sistemas tradicionales de salud se están moviendo lentamente desde una situación en la cual el sistema público ha desempeñado en forma simultánea las funciones de seguro y de provisión de salud, hacia esquemas donde esas funciones tienden a separarse y donde el sector privado, a través de la introducción de mecanismos de competencia regulada, aparece como un actor cada vez más relevante en ambas funciones.

La descentralización de los servicios sociales, como instrumento de promoción de la eficiencia y democratización, ha experimentado una profundización a partir de los noventa. Sin embargo, en el ámbito de la atención primaria de salud, los recientes procesos de descentralización representan en muchos casos la continuación de un movimiento liderado por la OPS, que se venía gestando desde comienzos de los ochenta.

La descentralización de los servicios sociales es un instrumento de política usualmente empleado para alcanzar objetivos económicos y/o políticos y se caracteriza por ser un proceso extremadamente complejo al involucrar múltiples actores e instituciones. En

este sentido, es susceptible de ser analizado desde distintas perspectivas. Naturalmente, cualquier análisis abordado en forma parcial estará sujeto a limitaciones, y requiere acotar el ámbito de análisis, particularmente cuando se trata de un estudio comparativo. El enfoque adoptado en este trabajo enfatiza las consideraciones económicas, particularmente fiscales, y los impactos en las dimensiones de eficiencia y equidad de un proceso de descentralización del sector salud. Cabe resaltar, sin embargo, que las consideraciones de economía política son muy importantes en el análisis de la descentralización al tratarse de un proceso íntimamente relacionado con motivaciones de orden político.

La descentralización constituye un eje central de las reformas en marcha en los sectores sociales y se trata, en general, de una reforma extremadamente compleja que representa profundas transformaciones en los ámbitos institucional, financiero y de gestión microeconómica. En el ámbito institucional supone establecer un nuevo conjunto de procedimientos y relaciones en el plano de la toma de decisiones y de la gestión. En el ámbito financiero, la descentralización implica cambios en la estructura y en el nivel de los flujos de financiamiento. Finalmente, la descentralización de los servicios implica cambios en los mecanismos de participación de la comunidad.

Cabe señalar algunas particularidades de la provisión de los servicios de salud que inciden en una mayor complejidad de la oferta e influyen en la forma de abordar el análisis de las experiencias de descentralización. La naturaleza y características de los servicios prestados en el sector salud se distingue de otros servicios sociales en una variedad de aspectos. En primer lugar existe una diferencia en la naturaleza de las necesidades que satisfacen. Si bien diversos servicios sociales constituyen elementos esenciales en la formación del capital humano, la consecuencia última de la ausencia de provisión de salud para un individuo puede llegar a ser dramática, lo que plantea en última instancia un problema ético no presente con la misma intensidad en la discusión de otras políticas sociales. En segundo lugar, a diferencia de otros servicios sociales, la demanda individual por salud no es previsible y como consecuencia de ello, la estructura organizacional del sector involucra un mercado de seguros por el lado del financiamiento y por otra parte, se establece una aleatoriedad en la relación entre el usuario y la oferta del servicio, dificultando de esa forma la función de control social por parte de la comunidad. Finalmente, respecto de otros sectores sociales existen diferencias en el proceso productivo derivadas, entre otros factores, de la variedad de servicios prestados, de la variedad y velocidad de los cambios en las tecnologías y de la incidencia de las economías de escala en diversas actividades del sector. El proceso productivo en salud es más complejo que en otros sectores y no siempre es posible aislar los indicadores de insumos correspondientes a la atención primaria de salud, debido a la coexistencia de provisión de servicios de diversos grados de complejidad al interior de una misma unidad productiva.

Una pregunta central que actualmente se plantea frente a los diversos impulsos descentralizadores en la región con el objeto de evaluar los beneficios efectivos de las políticas de descentralización de los servicios sociales, se refiere al impacto que esta reforma genera sobre los aspectos de eficiencia y equidad. Si bien se trata de una pregunta básica y central, existen escasos elementos empíricos que contribuyen a dilucidar los impactos de esta reforma sobre variables básicas como son la cobertura, calidad e igualdad

de acceso a los servicios de salud. Asimismo, son escasos los elementos analíticos y empíricos que contribuyen a identificar los factores determinantes del impacto de los procesos de descentralización. Un objetivo de este documento es aportar algunos elementos empíricos que contribuyan a avanzar en esa dirección, señalando algunos de los antecedentes que sugiere la evidencia proporcionada por el estudio de seis casos nacionales realizados en el marco del Proyecto *"Financiamiento Público y Provisión de Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud"*. Si bien éste constituye un tema de investigación futuro en el cual se deberá seguir profundizando a medida que los procesos se consoliden, en este documento se presenta alguna evidencia básica que la investigación de campo ha permitido proveer.

Los países analizados en este estudio comparativo son Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Bolivia y Nicaragua. Atendiendo a las características y trayectoria del proceso de descentralización del sector salud, el conjunto de los siete países puede ser separado en tres grupos. Por un lado están **Argentina, Brasil, Colombia y Chile** donde la descentralización que se encuentra en una etapa relativamente avanzada, por otra parte **Nicaragua y México**¹ que se encuentran en una fase intermedia de descentralización y por último **Bolivia**, que exhibe un proceso de descentralización incipiente. Mientras en los primeros el proceso de descentralización muestra cierta identidad, en los últimos el aspecto de mayor interés a observar es comprender cómo se estructura este proceso y las dificultades y obstáculos que afectan el desarrollo de la reforma.

El documento se organiza de la siguiente manera. En la sección II se señalan algunos antecedentes de contexto dentro del cual toman lugar los procesos de descentralización del sector salud. En la sección III se revisan las estrategias de descentralización adoptadas en términos de las motivaciones, secuencia y modelos que caracterizan cada una de las experiencias. En la sección IV se analizan las principales tendencias y los factores determinantes del impacto de los procesos en marcha sobre las dimensiones de eficiencia y equidad, y finalmente, en la última sección se presentan algunas de las principales conclusiones y lecciones que se derivan de las experiencias revisadas.

II. EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

La enorme heterogeneidad estructural de los países considerados en el estudio es la característica predominante en el análisis del contexto general de las reformas de descentralización sectorial. Las profundas diferencias entre países respecto de su tamaño, organización político-administrativa y su grado de desarrollo, son características importantes de considerar en el análisis de los procesos de descentralización como contexto general. A grandes rasgos, los países considerados en este estudio pueden ser caracterizados según la información que se recoge en el cuadro 1, de la siguiente manera.

En primer lugar, se trata de países con organizaciones político-administrativas diferentes y con distinta experiencia previa en descentralización fiscal. Hay tres países cuyo ordenamiento administrativo es de carácter federal y cuatro países unitarios. Por otra parte, hay tres países con una experiencia previa de descentralización fiscal relativamente importante, que son Argentina, Brasil y Colombia. Esto plantea una diferencia inicial en términos de las distintas dotaciones relativas de experiencia y capacidades acumuladas en los niveles subnacionales. En el caso de países unitarios y sin trayectoria de descentralización fiscal, la descentralización de los servicios sociales puede implicar mayores costos asociados a la necesidad de construcción de una institucionalidad descentralizada que permita ejercer las funciones operativas a nivel local.

Una segunda diferencia estructural se refiere al tamaño y grado de atomización territorial de la población. Hay países cuyo tamaño es equivalente al de una jurisdicción de otro, lo que plantea diferentes necesidades en materia de institucionalidad, así como diferentes potencialidades para el aprovechamiento de economías de escala. Por otra parte, se encuentran países altamente atomizados, como por ejemplo Colombia, donde alrededor del 70% de las comunas no suman más de 20,000 habitantes². En aquellos casos altamente atomizados una descentralización al nivel local debe considerar el costo de generar capacidades técnicas y administrativas en entidades tan pequeñas, así como el impacto sobre la eficiencia de delegar funciones que requieren tamaños de escala razonables para una operación mínimamente eficiente.

Finalmente, un tercer aspecto estructural que contextualiza los procesos de descentralización de la salud se refiere al grado de desarrollo económico, el grado de desigualdad inicial y el nivel de necesidades mínimas a atender. Claramente se distingue un grupo de países mal posicionados conformado por Bolivia y Nicaragua que presentan indicadores exiguos en materia de desarrollo, se destacan por sus elevados niveles de pobreza y de población con necesidades básicas no satisfechas. Otro grupo intermedio se compone por Colombia y México, con indicadores moderados de desarrollo y finalmente, Argentina, Brasil y Chile, relativamente bien posicionados en términos de desarrollo económico en el contexto de América Latina.

Cuadro 1

Sistema y Estructura de Gobierno en Países Seleccionados, 1996

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	México	Nicaragua
Sistema de Gobierno	Federal	Unitario	Federal	Unitario	Unitario Descentralizado	Federal	Unitario
Nivel Central	Federal	Nación	Unión	Nación	Nación	Federación	Nación
Nivel Intermedio	23 Provincias más Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9 Departamentos 116 Provincias	27 Estados más 1 Distrito Federal	13 Regiones 51 Provincias	32 Departamentos 1 Distrito Capital 3 Distritos Especiales	31 Estados y un Distrito Federal	17 Departamentos más 2 Regiones
Nivel Local*	1,110 Municipios	311 Municipios 1,836 Cantones	5,200 Municipios	335 Municipios	1,060 Municipios	2,400 Municipios	142 Municipios
Población (MM)*	33.5	7.7	156.6	13.8	37.6	90.0	4.1
PIB per capita (en US\$ de 1990)	5,429	856	3,152	3,004	1,431	2,784	386
Relación entre jurisdicción con indicador PIB p/c más alto/in-dicador más bajo	6.0 ^b	n.d.	8.8 ^b	4.2 ^c	10.6 ^d	5.6 ^e	n.d.
Pobreza (% de hogares)	10 ^e	50 ^e	30 ^f	28 ^g	35.8 ^h	37 ⁱ	50.3 ^a
Relación jurisdicción con mayor pobreza respecto de jurisdicción con menor pobreza	4.9 ^e (Provincias)	1.4 ^e (Departamentos)	2.3 ^a (Regiones)	1.7 ^e (Regiones)	4.5 ^e (Departamentos)	n.d.	1.5 ^a (Regiones)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPAL/GTZ 1996; Bisang, R. y O. Cetrángolo, 1997; Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997; Draibe S., 1997; Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997; Ornelas C., 1998; Castillo M., 1997; CELADE; CEPAL 1997; Di Gropello, 1998.

* Los municipios, como entidad administrativa, no son estrictamente comparables entre países, ya que cada país tiene definiciones propias. ^a 1993. ^b 1985. ^c 1991. ^d 1987. ^e 1992. ^f 1990. ^g 1995.

1. Características y desafíos de los sistemas de salud

En general, la trayectoria de los sistemas de salud en América Latina ha estado marcada en su origen por una historia común de desarrollo desarticulado. En efecto, desde sus inicios, la organización de los sistemas de salud en la región se ha caracterizado por la ausencia de planificación y el surgimiento de estructuras que reflejan respuestas de grupos específicos de la población a necesidades coyunturales de salud. Esto dio origen en una primera etapa a sistemas relativamente poco articulados y muy heterogéneos.

En una segunda etapa, diversos países procedieron a unificar los sistemas de salud estableciendo sistemas nacionales de salud, fuertemente centralizados. Durante esta fase, los sistemas públicos de salud se transformaron en los principales referentes en el ámbito de la provisión de los servicios de salud. La unificación de los sistemas de salud significó un avance en términos de reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, contribuyendo adicionalmente a racionalizar la asignación de los recursos y, en algunos casos, aprovechar la existencia de economías de escala.

Sin embargo, la combinación de un sistema estatal fuertemente centralizado, comenzó a manifestar los primeros síntomas de agotamiento en un contexto de reformas que privilegian la liberalización de los mercados y la incorporación del sector privado a las actividades de provisión y distribución de los servicios sociales. Los problemas del sector salud se derivan del fuerte deterioro de su infraestructura, la falta de recursos para financiar los gastos operacionales y una estructura de incentivos que no estimula una eficiente gestión de los recursos. Por otra parte, la excesiva centralización que ha caracterizado a la mayoría de los sistemas de salud de la región, no respeta las naturales diferencias territoriales, introduce rigidez en la gestión de los recursos, e impide que los programas de salud reflejen en forma efectiva las demandas locales.

Para hacer frente a estas dificultades, un gran número de países de la región se han estado moviendo hacia esquemas descentralizados de provisión de la atención primaria de salud. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las reformas son diseñadas sobre sistemas de organización de prestaciones con historia propia y muy específicos a cada país, los que sufren modificaciones como consecuencia de este proceso de cambio. Los procesos de descentralización modifican la distribución de los recursos y el esquema de prioridades prevaleciente. En ese sentido, la economía política del proceso de implantación³ de un sistema de salud descentralizado cobra gran importancia y el éxito de ese proceso pasa a depender en una medida importante de la capacidad de generar los incentivos adecuados y de la capacidad de administrar los conflictos que un proceso de este tipo genera.

Los procesos de descentralización del sector salud que se han comenzado a implantar en América Latina se enmarcan en un contexto de restricciones fiscales, que enfatizan la mantención de los equilibrios macroeconómicos, y de fuertes desigualdades territoriales en la distribución de recursos asociados a la provisión de los servicios de salud.

En general, las reformas de los sistemas de salud intentan responder a una serie de problemas concretos: cobertura insuficiente, falta de incentivos para el control de costos, fallas derivadas del funcionamiento del mercado de seguros privados y presiones asociadas al cambio en el perfil epidemiológico de la población. Los principales objetivos de las

reformas son incentivar la eficiencia en la provisión y financiamiento, incorporar las preferencias de los consumidores en la definición de los programas de salud y mejorar la focalización de los programas asistenciales.

Los desafíos del sector involucran una doble dimensión de equidad y de eficiencia, tanto en materia de financiamiento como de provisión de servicios. A diferencia de educación básica, por ejemplo, en el que la prioridad está asociada principalmente al mejoramiento de la calidad de los servicios, en salud, los desafíos tienen una dimensión de equidad asociada a la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria y adicionalmente tienen una dimensión de eficiencia asociada a la necesidad de mejorar el proceso de asignación de recursos, aumentar la productividad y optimizar la gestión al interior del sector⁴.

En general, la oferta de servicios de salud se organiza en torno a dos sistemas prestacionales compuestos por un sector público que atiende a la población vulnerable y un sistema de seguros de salud, que en algunos casos está experimentando transformaciones desde un sistema colectivo a uno de carácter individual, como ocurre en Chile, Argentina y Colombia. Hay una serie de reformas concurrentes en el sector salud, que tienden a modificar la morfología del sector, tales como la introducción de mecanismos de mercado en algunos segmentos del sistema de salud.

Los problemas del sistema público de salud se derivan del fuerte deterioro de su infraestructura, la falta de recursos para financiar los gastos operacionales y una estructura de incentivos que no estimula una eficiente gestión de los recursos. El principal desafío que enfrenta el sistema de salud público se relaciona con el desarrollo de un sistema de gestión descentralizado y flexible que sea capaz de adaptarse a las demandas que plantea el surgimiento de un sistema privado fuertemente competitivo.

La estructura actual de los sistemas públicos de salud en América Latina, limita las posibilidades de un manejo flexible de la oferta de planes de salud, lo que no permite que los afiliados reconozcan la relación entre sus aportes y los beneficios que les entrega el sistema. Por otra parte, la falta de flexibilidad de los planes de salud que ofrece el sector público contribuye a la creación de subsidios cruzados al interior del sistema público. Por último, la privatización de los sistemas de salud en algunos países, ha acentuado la regresividad del sistema en su conjunto.

En aquellos países que han implementado reformas dirigidas a ampliar el rol del sector privado en la provisión de los servicios de salud, el traslado masivo de cotizantes de altos ingresos al sistema privado, ha reducido en forma significativa los recursos del sistema público que pueden eventualmente ser utilizados para redistribuir los beneficios del sistema hacia los grupos de ingresos bajos. Por otra parte, las experiencias de privatización de los sistemas de salud ilustran con claridad los problemas de información y eficiencia que plantean la existencia de sistemas privados de seguros. La variedad de planes que caracterizan a los sistemas de seguros privados y la distribución asimétrica de la información entre los usuarios y las entidades de salud, han generado una demanda inducida y en algunos casos, la sobreutilización de los seguros de salud.

Otra característica de los sistemas de salud desarrollados en América Latina se refiere a su marcado grado de fragmentación y estratificación, observándose una ausencia de integración y coordinación en la prestación de servicios entre los diversos subsistemas. En general, coexisten diversos subsectores (público, privado y seguridad social) que tienen una estructura y esquemas de funcionamiento no necesariamente coincidentes. La segmentación institucional de los sistemas de salud y la concurrencia de competencias entre niveles sumado a las debilidades en materia de coordinación han tendido a generar cierto grado de superposición en cuanto a los beneficiarios, subsidios cruzados regresivos e ineficiencias en la provisión de servicios de salud⁵.

La naturaleza y variedad de las interrelaciones que se establecen entre los diferentes subsistemas han dado origen a complejos modelos de salud mixtos, complejidad que se tiende a reproducir al interior de cada subsector. El grado de importancia de cada subsistema varía entre países, siendo en general el sector público el prestatario de servicios de mayor importancia.

Los problemas que caracterizan la situación actual de los sistemas de salud en la región han estimulado una serie de reformas del sector salud que persiguen mejorar la eficiencia y el impacto distributivo del gasto sectorial, con la finalidad de lograr una ampliación en la cobertura y el mejoramiento en la calidad de los servicios, sin mediar necesariamente una expansión en el nivel de gasto.

Entre los componentes que han orientado las reformas se pueden mencionar los intentos de avanzar hacia sistemas unificados e integrados de salud, la descentralización de la gestión y la modificación en la asignación presupuestaria que tiende a incorporar la descentralización del gasto y una progresiva sustitución de los tradicionales mecanismos de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda. En algunos casos, la participación privada en la provisión y aseguramiento de los servicios de salud es un componente central de las reformas de salud.

Dentro de ese contexto, diversas acciones tendientes a redistribuir las responsabilidades del subsistema público han sido impulsadas, dando origen a modelos mixtos en los cuales los niveles subnacionales pasan a representar un papel más activo en la provisión del servicio de atención primaria de salud. Como se verá más adelante, algunos países han implementado programas parciales de descentralización de salud, observándose de esa forma, diversas etapas dentro de un proceso orientado a transferir en forma creciente las responsabilidades de la provisión de salud hacia los niveles subnacionales.

2. Indicadores básicos del sector salud

La complejidad de la estructura de oferta pública de salud dificulta la identificación de los componentes de gasto por nivel de complejidad de la atención de salud. En efecto, en diversos países los hospitales, considerados unidades que proveen servicios de salud de mayor complejidad, proveen al mismo tiempo servicios de atención primaria. Los sistemas de información presupuestaria por su parte, que son elaborados usualmente de acuerdo a un enfoque institucional, reflejan el gasto público total en salud, independientemente del grado

de complejidad de la atención y, en consecuencia, generalmente no permiten detectar la importancia relativa de la atención *primaria* de salud dentro del gasto público en salud, lo que limita el análisis de contexto sectorial. Por otra parte, otro factor que limita el análisis de contexto y la evaluación de las reformas se deriva del hecho que, en el sector salud, la disponibilidad de indicadores de insumos y estructura que sean comparables entre países es más restringida que en otros sectores.

En relación al gasto, en general, el indicador de gasto total en salud (público y privado) que se registra para América Latina se encuentra por debajo del monto destinado a nivel mundial. Se estima que en promedio, el gasto total en salud (público y privado) en los países industrializados se aproxima al 7.8% del PIB y como se observa en el cuadro 2, salvo en el caso de Colombia, el gasto total en salud que los países seleccionados en este estudio realizan es inferior a esa cifra. Sin embargo, al comparar con la región, los países seleccionados alcanzan, en general, el nivel promedio que en 1990 era de 5.7% del PIB (PAHO, 1995), de los cuales algo más del 40% correspondía a gasto público. Entre los países analizados, destacan los casos de Nicaragua y México por su menor gasto relativo, medido como porcentaje del PIB.

Cuadro 2
Gasto Total en Salud
(% del PIB)

	Gasto Total en Salud (en % del PIB)					
	Total	Sector Público				Sector Privado + Seguridad Social
		Total Gasto Público	Nivel Central	Nivel Inter-medio	Nivel Local	
Argentina (1995) ¹	7.3	1.66	0.21	1.18	0.27	5.6
Bolivia (1995) ²	6.0	1.9	n.d.	n.d.	n.d.	4.1 ^a
Brasil (1992) ³	5.7	2.11	1.26	0.36	0.47	3.6 ^b
Chile (1990) ⁴	6.2	3.6	n.d.	n.d.	n.d.	2.6
Colombia (1996) ⁵	10.1	4.0	1.6	2.0	0.4	6.1 ^d
México (1994) ⁶	4.4	2.4	n.d.	n.d.	n.d.	2.0
Nicaragua (1990) ⁴	5.0	3.7	n.d.	n.d.	n.d.	1.3 ^a

Fuente: ¹ Vargas de Flood, 1997; ² Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997, sobre la base de estimación de UDAPSO; ³ Medici A., 1996; ⁴ PAHO, 1995; ⁵ Vargas J.E. y Sarmiento A., 1997; ⁶ González Block M.A., E. Gutiérrez y L. Gutiérrez, 1997.

^a Incluye hogares, seguridad social y cooperación externa. ^b Estimación. Se asume una participación del gasto privado en el gasto nacional en salud en 1992 equivalente a aquella de 1990 (PAHO, 1995). ^c Estimado por FUNSALUD. Gasto privado corresponde a la estimación baja, esto es, refleja la estimación basada en las cuentas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. No están disponibles las cifras estimadas en base a las Cuentas Nacionales. ^d Incluye seguridad social de los funcionarios públicos.

Entre los países seleccionados es posible observar (cuadro 3) una gran heterogeneidad en el gasto per cápita total en salud, así como también en la importancia relativa de los sectores públicos y privados dentro del gasto total del sector. En efecto, el valor per cápita del gasto total en salud (público y privado) presenta diferencias superiores a 5 veces entre los países analizados. Por otra parte, las diferencias en las estructuras organizativas de los sistemas nacionales de salud pueden ilustrarse al comparar la importancia del sector público en el gasto total de salud, la que oscila entre 74% en Nicaragua y menos del 40% en diversos países de la región.

Cuadro 3
Gasto Total en Salud
(US\$ per capita)

	Gasto Total en Salud (en dólares per capita)			Composición del Gasto Total en Salud (En porcentaje)	
	Total	Sector Público	Sector Privado + Seguridad Social	Sector Público	Sector Privado + Seguridad Social
Argentina (1995) ¹	590	135	455 ^a	23	77 ^a
Bolivia (1995) ²	53 ^b	16	37 ^b	30	70 ^b
Brasil (1990) ³	129 ^c	48 ^c	81 ^c	37	63
Chile (1990) ³	156 ^c	91 ^c	66 ^c	58	42
Colombia (1996) ⁴	227	93	134	41	59
México (1990) ³	86 ^c	33 ^c	53 ^c	38	62
Nicaragua (1990) ³	27 ^c	20 ^c	7 ^c	74	26
Promedio Región ³	122 ^c	53 ^c	70 ^c	43	57

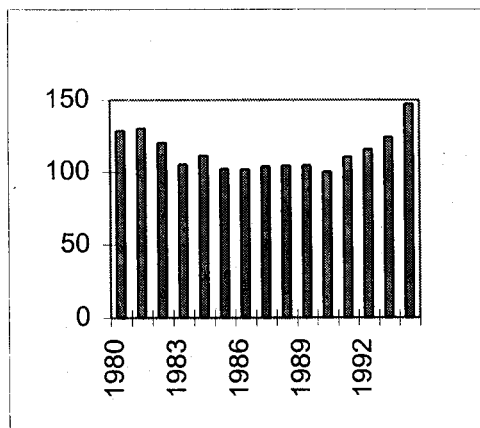
Fuente: ¹ Secretaría de Programación Económica de Argentina.; Londoño J.L. y O. Icoechea, 1996; Hernández P., B. Zurita, R. Ramírez, F. Alvarez y C. Cruz, 1996; ² Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997. ³ PAHO, 1995. ⁴ Vargas J.E. y Sarmiento A., 1997.

^a Incluye 34% correspondiente a Obras Sociales. ^b Estimación de UDAPSO para 1995. Incluye seguridad social, cooperación externa y hogares. ^c Estimado en US\$ de 1988. ^d Estimado por FUNSALUD. Gasto privado corresponde a gasto estimado en base a las cuentas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

Con respecto a la evolución del gasto público en salud que se ilustra en el gráfico 1, cabe señalar que, si bien para el conjunto de países latinoamericanos el gasto real per capita tendió a decrecer durante los ochenta modificando su tendencia a partir de comienzos de los noventa lo que le ha permitido superar los niveles de los primeros años de los ochenta, al analizar la evolución del indicador en cada país se observan patrones diferentes. En todos los países, con la excepción de México, el gasto real per capita en salud exhibe una trayectoria de crecimiento en la primera mitad de los noventa, pero en algunos (Bolivia, Brasil y Nicaragua) el indicador ha mostrado importantes fluctuaciones que reflejan principalmente la inestabilidad de las fuentes de financiamiento. Por último, respecto de la evolución del gasto público, llama la atención el extraordinario crecimiento del gasto que registra Colombia, particularmente a partir de 1994, como resultado de la aplicación de la reforma del sistema de salud.

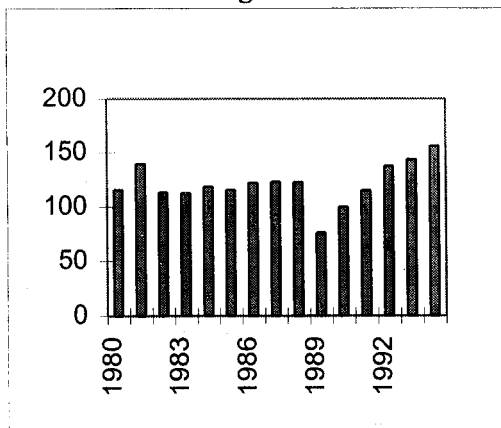
Gráfico 1
Gasto real per capita en Salud en países seleccionados
 (1990=100)

América Latina



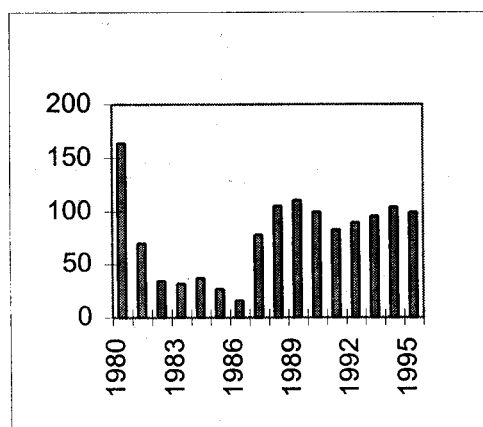
Nota: Promedio simple.

Argentina



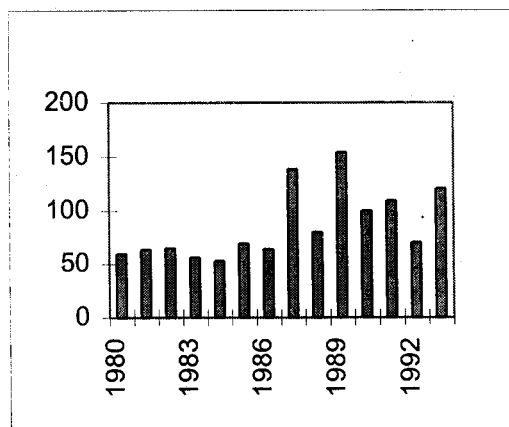
Nota: Sector Público No Financiero

Bolivia



Nota: Gobierno Central

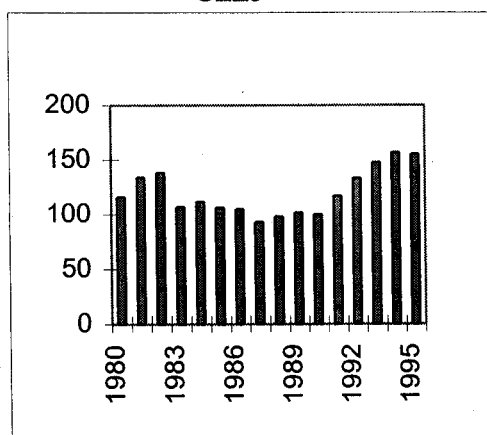
Brasil



Nota: Gobierno Federal

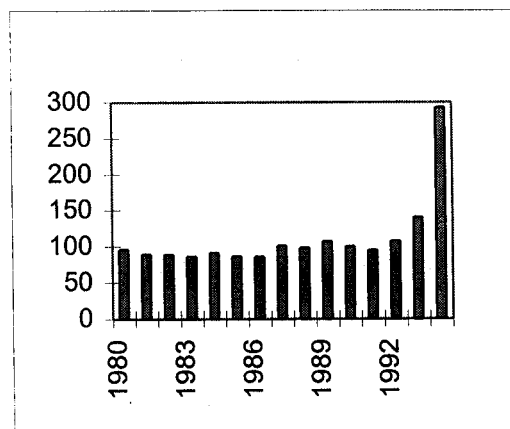
Gráfico 1 (conclusión)

Chile



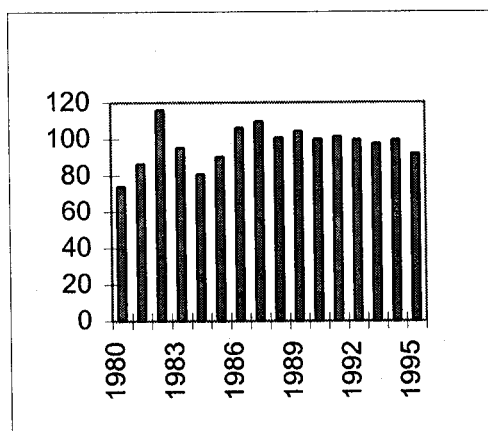
Nota: Gobierno Central

Colombia



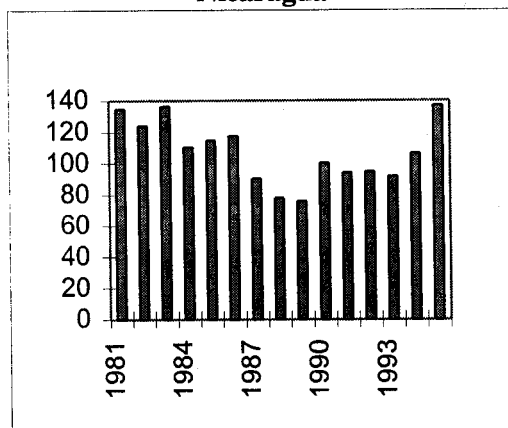
Nota: Gobierno Central

México



Nota: Gobierno Central

Nicaragua



Nota: Gobierno Central Presupuestario

Fuente: Elaborado sobre la base de CEPAL, y Cominetti R. y G. Ruiz, 1997.

A lo anterior cabe señalar que si bien en la primera mitad de los noventa el gasto en salud en América Latina ha experimentado una recuperación que le ha permitido superar los niveles reales de gasto previos a la crisis de los ochenta, existe un espacio limitado para el incremento del componente público del gasto en salud. En efecto, por una parte, el sector salud compite con otros sectores sociales y no sociales que legítimamente demandan mayores recursos y por otra, la expansión del financiamiento se encuentra principalmente acotada por la expansión de la actividad económica. Si a lo anterior se considera el consenso generado en torno a la mantención de los equilibrios macroeconómicos, la búsqueda de mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos ha sido un elemento central del contexto de las reformas más recientes.

En relación a los indicadores de salud, en el cuadro 4 se ilustran algunos indicadores de insumo y resultado en los países analizados. Es posible distinguir un grupo de países relativamente bien posicionados en términos de indicadores de resultado (Argentina, Chile y Colombia), aunque como se puede observar, no existe una correlación muy estrecha con los indicadores de insumo para los cuales se cuenta con información. Por otra parte, entre los países con menor grado de desarrollo llama la atención el caso de Nicaragua, en el sentido que, a pesar de las condiciones adversas en cuanto a su nivel de desarrollo, exhibe indicadores de resultado que pueden ser considerados moderados en el contexto de los países analizados, reflejando posiblemente la fuerte orientación hacia el desarrollo social de la política económica durante los ochenta. Finalmente, cabe mencionar la debilidad de Bolivia en relación tanto a los indicadores de resultado, como de insumo.

Cuadro 4
Indicadores de Resultado e Insumo en Salud en países seleccionados

	Indicadores de Resultado			Indicadores de Insumo		
	Mortalidad Infantil ^a 1989-94	Inmunización DPT ^b 1989-94	Mortalidad Materna ^c 1989-94	Población /médico 1980-1995	Población/enfermera 1980-1995	Población por cama hospitalaria 1970-1975
Argentina	23	84	140	370	980	179
Bolivia	71	58	373	1,434	2,292	486
Brasil	56	75	200	681	1,202	200
Chile	12	90	55 ^d	1,231	371	294 ^d
Colombia	20	84	107	1,281	677	627 ^d
México	35	64	...	1,184	839	760
Nicaragua	51	71	...	1,490	531	394 ^d

Fuente: World Bank, 1996.

^a Por mil nacidos vivos. ^b Porcentaje del grupo de edad. ^c Por 100,000 nacimientos vivos. ^d 1980-1985.

Dentro del contexto sectorial recién descrito, cabe señalar las serias deficiencias en materia de utilización de los recursos y las desigualdades territoriales en términos de cobertura, distribución de recursos físicos, financieros y humanos. También cabe destacar el serio déficit de información, tanto en lo concierne al estado de salud de la población, como con respecto al tipo de servicio, nivel y composición del gasto y financiamiento a nivel territorial.

A pesar de las limitaciones de información, la opinión generalizada y la limitada evidencia empírica permiten señalar que la distribución territorial tanto de los indicadores de resultado, como de insumos o de proceso, muestran una dispersión territorial preocupante, las que tienden a reproducirse al interior de cada nivel subnacional.⁶ Junto con lo anterior, cabe destacar el predominio de criterios de asignación de recursos a nivel interterritorial que no toman en cuenta factores asociados a los costos de producción ni a las necesidades de salud de la población. En general, han tendido a predominar criterios inerciales que han favorecido a las jurisdicciones con mayor capacidad fiscal y mayor capacidad de negociación. Lo anterior ha contribuido a generar las profundas disparidades interterritoriales que exhiben diferentes indicadores de salud y, naturalmente, a elevar los costos en materia de cobertura y calidad del servicio.

3. Descentralización del sector salud como eje de la reforma del Estado

En general, las reformas asociadas con la descentralización fiscal y con la descentralización sectorial en particular, se enmarcan dentro de un contexto de reformas del Estado más amplia que busca transformar su papel de promotor de la actividad económica y modificar su gestión enfatizando la eficiencia y la equidad de la política económica. En ese proceso el Estado reduce su tamaño, concentra sus esfuerzos en los sectores sociales y en general, modifica la naturaleza de su intervención, así como los instrumentos de política para promover una gestión más eficiente, democrática y equitativa. La descentralización como instrumento de una gestión eficiente constituye un eje central de las reformas sociales en curso.

La división de competencias que definen las interrelaciones entre los diferentes niveles de gobierno obedece a una multiplicidad de factores, entre los cuales cabe resaltar que la construcción y organización del estado nacional, incluidas sus funciones regionales y locales, resultan de un proceso histórico y dinámico en la medida que suelen producirse cambios en el esquema de funciones que desempeñan los gobiernos centrales y subnacionales.

La experiencia latinoamericana reciente muestra una progresiva tendencia a fortalecer los poderes y responsabilidades de los gobiernos locales en diferentes materias, las que han tenido recientes expresiones en modificaciones constitucionales -Brasil (1988), Colombia (1991)-, o en pactos federales (México 1995) que tienden a alterar, a veces en forma radical, las reglas del juego que vinculan a los diferentes niveles de gobierno.

En el caso particular de los procesos de descentralización en el sector salud, cabe destacar que las experiencias señalan que en general, éstas han formado parte de procesos más amplios de descentralización (política, administrativa y en algunos casos solamente sectorial). Mientras en algunos casos, han formado parte de un proceso más amplio de reforma del sector salud, en otros no ha habido un marco global de referencia de reforma sectorial dentro del cual se pudiera enmarcar el proceso de descentralización del sector salud.

En el cuadro 5 se resume el contexto de reforma en el cual se sitúan los procesos de descentralización de salud en los países analizados. Del cuadro se desprende que en general, los procesos de descentralización del sector salud han tenido como marco de referencia un movimiento más amplio de descentralización en el país. Tal vez, la experiencia más radical es la boliviana donde tuvo lugar una profunda reforma destinada a establecer una institucionalidad que busca el reconocimiento y participación de comunidades que hasta hace poco habían estado al margen de las políticas públicas. Adicionalmente, cabe señalar que en la mayoría de los países el proceso de descentralización de la salud se ha realizado en forma casi paralela al del sector educación.

Del cuadro 5 se desprende también que en general, la descentralización del sector salud ha ocurrido dentro de un contexto de reforma sectorial más amplio, cuyo contenido, claridad, intensidad y secuencia, varía en cada caso. La excepción la constituyen los casos de Argentina y la primera experiencia de descentralización de México en 1983. En general, aunque no necesariamente en forma simultánea, la descentralización ha sido uno de los ejes centrales de reformas sectoriales que han incluido entre otros ingredientes, elementos de participación privada en la provisión del servicio (Chile), transformación de los mecanismos de asignación de los subsidios y reforma al sistema de seguridad social (Colombia) y medidas destinadas a mejorar la cobertura, la gestión y búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento.

Cuadro 5
Contexto de la Descentralización del sector Salud

	<i>DESCENTRALIZACIÓN SALUD Y PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN MAS AMPLIO</i>	<i>DESCENTRALIZACIÓN Y POLÍTICA SECTORIAL MAS AMPLIA</i>
<i>ARGENTINA</i>	Si bien la descentralización de la salud es un proceso de larga trayectoria, la última fase se realiza en forma simultánea a la descentralización de la Educación, motivadas ambas por razones fiscales.	No. Descentralización de los servicios sociales forma parte de una estrategia global tendiente a la modificación del esquema de distribución de recursos entre la Nación y las Provincias.
<i>BOLIVIA</i>	Si. Es consecuencia de proceso de descentralización derivado de la Ley de Participación Popular y de la Ley de Descentralización Administrativa. Otros sectores: Educación, Carreteras.	No. Primero descentralización administrativa (1994 Ley Participación Popular y 1995: Ley Descentralización Administrativa), luego en 1996 se define el Nuevo Modelo Sanitario.
<i>BRASIL</i>	Si. Durante los ochenta, se produce un esfuerzo de descentralización como resultado de la democratización. Se trata del país latinoamericano con mayor grado de descentralización fiscal. Con la Constitución de 1988 se ampliaron significativamente las transferencias intergubernamentales beneficiando principalmente a los municipios.	Si. La descentralización fue uno de los componentes de la reforma del sector salud durante los ochenta, que culminó con la Constitución de 1988 y tuvo como objetivo construir un sistema nacional de salud, concibiéndolo como único, integrado y descentralizado. (Transformación radical).
<i>CHILE</i>	Si. Ocurre dentro de un marco de descentralización administrativa y simultáneo a la descentralización del sector Educación.	Si. La descentralización ocurre dentro de un contexto de reformas de política social que tiene como eje la mayor participación del mercado y el cambio del rol del estado. Otros ejes de la reforma social fueron: focalización del gasto y privatización de la provisión del servicio.
<i>COLOMBIA</i>	Si. En 1986 se inició un proceso intenso y masivo de descentralización política, administrativa y fiscal en todos los sectores.	Si. Se ha iniciado una reforma integral para el establecimiento de un Sistema de Seguridad Social, el cual incluye dos componentes: aseguramiento universal y gestión territorial.
<i>MÉXICO (1983)</i>	Si. A partir de 1984 se comenzó un programa de descentralización de la Administración Pública Federal, en un movimiento descentralizador impulsado por Miguel de la Madrid desde 1991.	No.
<i>MÉXICO (1996)</i>	Si. El Proceso de descentralización de la Salud en México forma parte del Movimiento denominado el Nuevo Federalismo dirigido a generar un nuevo equilibrio entre las autonomías regionales y la unidad nacional. Este proceso ha afectado también al sector educación.	Si. Si bien la descentralización de los servicios de salud constituye el eje más importante del programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000), existen una serie de medidas dirigidas a ampliar la cobertura del servicio (Paquete Básico de Salud) y a mejorar la calidad de los servicios.
<i>NICARAGUA</i>	Si. A partir de 1991 ocurre un proceso de descentralización en diferentes áreas: transferencia de la administración de servicios de agua potable a municipios y departamentos, descentralización fiscal, salud pública y descentralización de la educación a partir de 1993.	La creación de los Silais en 1992 se lanza en un contexto donde no estaba claro hacia donde iba la reforma del Estado. Sin embargo, en 1993 se decide la Reforma del Sector Salud en donde hay una profundización y consolidación de los SILAIS. Los principales elementos de la Reforma de Salud son: la descentralización de la gestión; fortalecimiento de la atención primaria y hospitalaria y la búsqueda de alternativas de financiamiento mediante la prestación de servicios diferenciados.

Fuentes: Elaboración propia en base a Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997; Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997; Draibe S., 1997; Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1997; Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997; Ornelas C., 1998; Gómez J.P., 1997; Espinosa J., 1997; Jarquín A., 1996; y Palacios M., 1996.

III. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La heterogeneidad de los países, sumada a la diversidad de estrategias de descentralización empleadas en cada caso, y las restricciones de información, limitan la rigurosidad de los análisis comparativos del proceso de descentralización de la atención primaria de salud entre países. A pesar de lo anterior, en este capítulo se hace un esfuerzo por sistematizar las diversas experiencias en términos de identificar los elementos comunes y las principales diferencias en las estrategias adoptadas.

Esta sección se divide en cuatro partes. En la primera se revisa brevemente el marco analítico sobre el cual se sistematizan las experiencias nacionales en materia de descentralización de la salud. En la segunda parte se describen sintéticamente los principales elementos que caracterizan la experiencia de cada país y luego se analizan brevemente algunos antecedentes financieros que proporcionan una idea del grado de descentralización del sector salud. En la sección final se realiza un análisis comparativo y sintético de las experiencias revisadas, en términos de las motivaciones, la secuencia y los modelos predominantes de descentralización.

1. El marco analítico

a) Las motivaciones

Si bien detrás de toda descentralización de responsabilidades existen motivaciones de orden político que impulsan cambios en la distribución regional de los poderes públicos, la teoría económica identifica una serie de razones económicas que explican la descentralización de funciones ligadas con la provisión de los servicios sociales básicos.

El argumento teórico esgrimido a favor de una provisión descentralizada de los bienes públicos locales es el de la eficiencia. Si bien la atención primaria de salud no puede ser considerada estrictamente un bien público⁶, se trata de un bien meritorio y de un servicio social con una clara incidencia distributiva, debido a lo cual, no existe claridad teórica respecto de los beneficios asociados a la descentralización de este servicio y existen argumentos económicos que se contraponen a la descentralización de ciertos servicios sociales.⁷ En términos de objetivos, se espera que una política de descentralización genere ganancias de eficiencia sin deteriorar la equidad. Entre las razones más importantes que son consideradas al implementar una política de descentralización se encuentran las siguientes:

i) *Motivaciones económicas*

- Eficiencia social

La descentralización supone una ganancia en eficiencia social al permitir la posibilidad de ejercer las preferencias locales en decisiones referidas tanto al monto de recursos locales que se destina a la provisión de bienes y servicios públicos; como, a la asignación relativa de los gastos en salud dentro del presupuesto.

Un contraargumento a lo anterior se refiere al carácter de bien "meritorio" que caracteriza la atención básica de salud. Dado que las preferencias locales no serán las mismas para jurisdicciones con características diferentes, no existe garantía de una provisión mínima para toda la población. Una posición intermedia es aquella en la cual se define un nivel mínimo de provisión del servicio garantizado centralmente y de ahí en adelante, podría regir el principio de las preferencias locales (Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996). En la práctica, este principio en el área de la salud ha comenzado a ser incorporado al ponerse en marcha la idea del paquete básico de salud, de carácter universal y decidido en forma centralizada, como ocurre por ejemplo en México y Colombia.

- Eficiencia de producción y gestión

Cuando la producción es local, los organismos responsables tendrán más flexibilidad e incurrirán en menos ineficiencias de gestión al ajustarse a las preferencias locales en materia de cobertura y calidad de los servicios. La descentralización facilita este control, así como facilita una reacción más rápida a las necesidades locales. Desde esta perspectiva cualquier intento de centralización tendrá un costo por gestión ineficiente o determinará niveles de calidad inferiores a los que pudieran lograrse en una administración descentralizada.

Sin embargo, cabe subrayar que lo anterior no constituye un fundamento suficiente para implantar la descentralización. Las supuestas ventajas que ésta ofrece pueden obtenerse a través de la correspondiente desconcentración administrativa, mientras la provisión -y el nivel presupuestario- se decide centralmente. La responsabilidad se delega en administradores que responden al gobierno central y gozan de cierta libertad de gestión, pero su autonomía de decisión tiene límites precisos establecidos por el poder central y no por las autoridades locales. Una administración descentralizada podría involucrar una serie de costos burocráticos adicionales (y a veces innecesarios) a nivel local destinados a replicar estructuras administrativas del nivel central con el fin de administrar la provisión del servicio.

Otro argumento ligado a la eficiencia productiva se refiere a la existencia de economías de escala y externalidades. La presencia de economías de escala y la dificultad de apropiarse de los beneficios por parte de las jurisdicciones locales, constituyen factores que limitan la eficiencia de la provisión descentralizada y aconsejan por tanto concentrarla en el nivel central.

Si bien en el caso de la atención primaria de salud la prestación de servicios de salud no presenta mayores conflictos con estos criterios, subsisten actividades cuya

administración centralizada ofrece mayor eficiencia por razones de escala (por ejemplo, adquisición y distribución de medicamento).

- Presiones fiscales y movilización de recursos

La descentralización de responsabilidades y competencias que involucren decisiones de gasto puede implicar modificaciones tanto en el nivel como en la estructura de gastos públicos. La relación entre descentralización de responsabilidades y política de transferencia de recursos, genera inevitablemente un impacto fiscal. Existen tres combinaciones alternativas de correspondencia entre transferencias de competencias y recursos, cada una de las cuales tenderá a impactar en forma distinta el déficit fiscal:

- Transferencia de responsabilidades sin transferencia de recursos correspondientes.
- Transferencia de responsabilidades con transferencia de recursos correspondientes.
- Transferencia de recursos sin transferencia de responsabilidades.

El impacto fiscal será diferente en las tres situaciones hipotéticas señaladas, siendo positivo, neutro y negativo respectivamente. Sin embargo, éste será función también de otros factores como la posibilidad y capacidad de endeudamiento de las jurisdicciones; la facultad y capacidad de movilizar nuevos recursos para el sector (ya sea a través de recaudaciones propias o medidas de copago); el grado en que los gobiernos locales perciban la restricción presupuestaria como una restricción "blanda"; y el grado de insatisfacción de necesidades de salud.

En algunos casos, la descentralización a través de la participación comunitaria puede proveer nuevos conductos de financiamiento y modificaciones en la asignación intrasectorial del gasto público. En particular, cuando la participación de la comunidad se expresa a través de esquemas de financiamiento compartido, se genera un efecto sobre el volumen del gasto sectorial.

- Equidad

Se sostiene que el acercamiento de las decisiones hacia los usuarios permite incrementar la información respecto de la identificación de las necesidades y los usuarios. En esa medida se potencian las posibilidades de una efectiva focalización del gasto. No obstante, existen argumentos en el sentido opuesto, que plantean que las diferencias iniciales a nivel interterritorial y las diferentes capacidades fiscales de las unidades subnacionales son factores que, en un contexto de descentralización, contribuyen a acentuar las desigualdades iniciales.

ii) *Motivaciones Ideológicas*

- Redistribución de poderes políticos

La descentralización representa un proceso de redistribución de poderes políticos desde un nivel de gobierno hacia los niveles subnacionales, por esta razón, el proceso de implantación de una reforma de esta naturaleza suele generar rechazo y oposición por el lado de los actores que ven reducir su poder o mermar sus privilegios.

- Democratización

La provisión descentralizada de bienes públicos representa un instrumento para involucrar a la comunidad en el ejercicio de decisiones sobre cuánto, qué y cómo se financia y organiza dicha provisión. En la práctica, sin embargo, surgen numerosas dificultades al intentar establecer formas de efectiva participación comunitaria, las principales se encuentran ligadas al funcionamiento efectivo de las instituciones y de las normas que median en el ejercicio de la elección social, y no resulta suficiente ampliar el espacio de decisión, sino que se requiere un proceso de fortalecimiento institucional que hagan posible la práctica de la democracia local (ver Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996). Las dificultades en el caso del sector salud, a diferencia del sector educación, son aun mayores si se considera la naturaleza aleatoria de la relación entre el usuario y la oferta del servicio.

- Legitimización Política

La descentralización de responsabilidades hacia instancias subnacionales puede implicar una modificación en la percepción popular respecto de una voluntad de las elites nacionales de involucrar a la población en las decisiones asociadas a los problemas que les afecta y por esa vía, la descentralización puede transformarse en un instrumento de legitimización política que amplía el apoyo, fortalece la gobernabilidad y abre espacios para ulteriores medidas de política.

- Transferencia de situaciones conflictivas

La descentralización puede constituir un mecanismo de transferencia de situaciones conflictivas desde el nivel central hacia los gobiernos subnacionales. En general, los sindicatos relacionados con los servicios sociales (educación y salud) suelen representar un grupo de poder altamente conflictivo, derivado del poder monopsónico que representan los profesionales del sector, particularmente los de mayor calificación, quiénes saben además que sus servicios son esenciales para la comunidad. El conflicto permanente entre las demandas laborales y las restricciones presupuestarias, sumado a sistemas de carrera funcionaria que otorgan una escasa flexibilidad en el manejo de los recursos humanos, representa para el nivel central un problema de envergadura, el que se debilita si se consigue atomizar al grupo de presión trasladando la responsabilidad a los niveles subnacionales.

b) *La secuencia de los procesos de descentralización de los servicios de salud*

Una de las preguntas centrales al definir una estrategia de descentralización dice relación con el nivel hacia el cual se descentraliza: el intermedio, el local o la unidad de producción; y la velocidad a la cual se realizan las transferencias. En relación a ambas preguntas no hay una respuesta única y ello dependerá en gran medida de la escala óptima para determinadas actividades y de la capacidad institucional de los diferentes niveles subnacionales. Otra pregunta crucial dice relación con la coordinación global desde el punto de vista del conjunto del país ¿dónde y cuando se establecen los mecanismos de coordinación global?.

Otras preguntas relevantes en materia de diseño de política de descentralización dicen relación con la secuencia de descentralización entre áreas geográficas, ¿se

descentraliza a todas de una vez o en forma progresiva?; ¿es la descentralización un proceso obligatorio o uno al cual las jurisdicciones pueden optar?; ¿se establecen requisitos y/o incentivos para acceder a una gestión descentralizada?.

En particular, es interesante la discusión que surge respecto de si es preferible realizar una descentralización de carácter gradual incorporando primero a las jurisdicciones mejor posicionadas en términos de capacidad local y que sirvan como ejemplos para otras con menor capacidad; o bien una política de shock, que generaliza la política de descentralización a todas las jurisdicciones de una vez, independientemente de la capacidad de adaptación de cada una de ellas.

c) *Los modelos predominantes*

La descentralización requiere de algunas precisiones conceptuales en la medida que se trata de un tema que se caracteriza por la diversidad de interpretaciones del término. Por descentralización se entiende que el nivel, características, financiamiento, y administración de la provisión del servicio dependen enteramente del gobierno subnacional. Vale decir, existe un elemento de autonomía en la toma de decisiones asociadas a los diferentes aspectos vinculados a la provisión del servicio. Sin embargo, se argumenta a menudo que la cesión de autoridad y recursos no son condiciones suficientes para una real descentralización faltando la participación como ingrediente central de un real proceso de descentralización.

En la práctica, al analizar las experiencias de descentralización de los servicios sociales, no existen situaciones que se ajusten enteramente a las condiciones señaladas recientemente. En la realidad, es posible observar procesos de descentralización que contienen en forma parcial los elementos asociados a una efectiva descentralización, observándose en la mayoría de los casos, modelos híbridos de provisión descentralizada de los servicios. Por ejemplo, un servicio cuya oferta es decidida centralmente, pero cuya gestión administrativa se encuentra territorialmente descentralizada no es equivalente a una provisión diseñada, regulada y gestionada por el nivel subnacional y en la cual la comunidad participa en las decisiones centrales a través de conductos formales.

Existen diversas formas de caracterizar los modelos de descentralización del sector salud que se están implementando en la región. Su caracterización dependerá en gran medida de los factores discriminantes utilizados para su modelación. Por ejemplo, es posible modelar las experiencias en función de la naturaleza de las transferencias de responsabilidades; del contenido de la reforma de la cual forman parte; o bien, en función del contenido y destino de las transferencias (con o sin autonomía).

i) *Modelos según la naturaleza de la transferencia de responsabilidades*

En relación a la naturaleza de las transferencias, es posible distinguir básicamente los siguientes dos enfoques. El primero dice relación con la transferencia de competencias asociadas a algún nivel de atención determinado, como por ejemplo, la transferencia del primer nivel de atención de salud al nivel local, manteniendo la responsabilidad de las atenciones de mayor complejidad en los niveles intermedios o nacional. El segundo enfoque es aquel en el cual, en lugar de transferir niveles de atención a los gobiernos subnacionales, se traspasan determinados insumos empleados en los tres niveles de atención, como se hizo

en Bolivia, donde se transfirió el factor capital a los municipios y el recurso humano a los departamentos. En este último caso se habla de *descentralización factorial*.

ii) *Modelos en función del contenido de la reforma de la cual forman parte*

Usualmente la descentralización representa un componente, entre otros, de reformas sectoriales más amplias. A partir del contenido de las reformas de salud en curso, la experiencia latinoamericana permite discriminar entre dos tipos de modelos de descentralización: aquellos que contienen un componente de cambios importantes en el sistema de incentivos al usuario final y aquellos en los cuales la descentralización ocurre sin un cambio en los incentivos⁸. Por ejemplo, en los casos revisados en este documento es posible distinguir países que intentan descentralizar los servicios de salud hacia los gobiernos subnacionales sin alterar fuertemente el sistema de incentivos al usuario final, mientras que hay países donde la descentralización es concurrente con los cambios de incentivos. En otras palabras, hay experiencias de descentralización donde se traspasan los servicios, pero no hay una intención de modificar los incentivos, como por ejemplo ocurre en el caso mexicano, mientras que hay modelos de descentralización cuyo diseño contempla cambios profundos en los mecanismos de subsidios desde la oferta a la demanda, como ocurre en el caso colombiano.

iii) *Modelos de descentralización según el contenido y destino de las transferencias*

La forma más tradicional de clasificar los modelos de descentralización es tomando como factor discriminante los siguientes elementos: el nivel frente a quién se es principalmente responsable, el nivel central (modelo agente-principal) o el electorado; el grado de autonomía transferido; la naturaleza de las competencias traspasadas; y la naturaleza de las transferencias de recursos. Dependiendo de los elementos anteriores es posible distinguir al menos tres modelos generales de descentralización hacia unidades subnacionales: desconcentración, delegación y devolución.

- Por **desconcentración** se entiende un proceso de redistribución de responsabilidades hacia unidades de un mismo nivel del gobierno central. Una característica central de esta modalidad de descentralización es que no hay independencia del nivel central para ejecutar las funciones, es decir, escasa autonomía para la toma de decisiones.

- Por **delegación** se entiende la transferencia discrecional de autoridad para la toma de decisiones específicas a organizaciones públicas que pueden estar situadas fuera de la estructura burocrática normal del gobierno central o que están bajo el control indirecto de los ministerios de la administración central. Hay una autoridad semi-independiente del nivel central para ejecutar funciones específicas.

- Por **devolución** se entiende, independientemente de que alguna vez hayan residido las responsabilidades en los niveles subnacionales, la transferencia de todas las responsabilidades de gestión a unidades sub-nacionales de gobierno, o unidades públicas en general, que deben ser claramente percibidas como niveles separados sobre los cuales las autoridades centrales ejercen un escaso o ningún control directo, es decir, operan con un elevado grado de autonomía. En este caso, las autoridades de las unidades receptoras son responsables frente al electorado.

Por otra parte, una variante de la clasificación anterior puede ser desarrollada al observar la naturaleza y dirección o destino de las transferencias financieras como se desarrolla en Medici A., M. Cicero y M. P. Maciel, 1996. Desde el punto de vista de la naturaleza de las transferencias financieras es posible distinguir modelos de desconcentración y de descentralización autónoma o dependiente y dentro de estos últimos, aquellos procesos de descentralización dependiente tutelada y vinculada:

- Por **desconcentración** se entiende un proceso en el cual las responsabilidades del gasto se mantienen en el nivel central, pero su ejecución es realizada por el nivel local a través de una agencia del gobierno central.

- Por descentralización se entiende un proceso en el que las responsabilidades del gasto son transferidas a algún nivel de gobierno de menor jerarquía (Nacional-Intermedio o intermedio-municipal).⁹ Los gastos pueden ser financiados a través de transferencias de recursos de una esfera de gobierno a otra, o bien a través de recursos propios del nivel. En el primer caso se trata de una **descentralización dependiente** y en el segundo de **descentralización autónoma**.

En el caso de descentralización dependiente, la naturaleza de la transferencia de recursos puede dar origen a una **descentralización tutelada**, cuando las transferencias son negociadas y se mantiene una frágil relación de dependencia entre la esfera local y la central, basada en lazos políticos, técnicos o institucionales; o a una **descentralización vinculada**, basada en transferencias automáticas, vinculadas con criterios establecidos legalmente por la Constitución o por legislación ordinaria o complementaria. Esta forma de descentralización mantiene cierto grado de dependencia, amparada por la legislación corriente y no vulnerable a la voluntad de transferir recursos desde la esfera superior.

Cuando el factor discriminante es la naturaleza del financiamiento es posible observar una variedad de modalidades, que definen en gran medida el grado efectivo de descentralización determinado por la autonomía en el uso de recursos por parte de los niveles subnacionales.

Las modalidades de financiamiento del sector salud son muy diversas entre países. Ellas varían de acuerdo al tipo de transferencias (general o específica; de libre disponibilidad o con directivas en el uso de los recursos) y al tipo de instituciones que son responsables de los recursos y al nivel que ejecuta el gasto.

Es posible distinguir dos fuentes de recursos: propios y transferencias. En la mayoría de los casos el gasto en salud que realizan los distintos niveles de gobierno se financia con transferencias desde el nivel nacional y en general, la dependencia del nivel nacional es muy alta, estableciendo desde ya una restricción a la autonomía de los niveles subnacionales en materia de salud. La dependencia varía de un país a otro, dependiendo del grado de descentralización fiscal, sin embargo, dado que en general el volumen más importante de recaudaciones fiscales se obtienen a través de impuestos de carácter nacional, ésta tiende a ser la esfera responsable del financiamiento. Como ilustración, Brasil, que se caracteriza por ser, en el contexto de la región, el país con mayor grado de descentralización fiscal tiene un nivel central que es responsable de más del 70% de los recursos del sector (el remanente es generado con recursos propios de los estados y de los municipios).

Por lo tanto, una primera conclusión es que en el sector salud, los diferentes países son altamente dependientes de los recursos generados por el nivel central y por lo tanto, cuando se analiza la descentralización del sector salud, adquieren gran importancia el *volumen de las transferencias* a los niveles subnacionales y el *grado de autonomía* de estos últimos sobre el uso de los recursos transferidos.

En general, el volumen de recursos transferidos está estrechamente relacionados con la transferencia de competencias¹⁰. Dentro de éstas, el recurso humano constituye una competencia central que determina en gran medida el volumen de las transferencias. Los salarios son el componente principal del gasto en salud, por ello, si un país no descentraliza el pago de las planillas, aparecerá con un alto grado de concentración de recursos al nivel central. En general, esta competencia se ha tendido a mantener centralizada, salvo en los casos de Argentina, Brasil, Colombia y recientemente en México. Ello explica que la ejecución del gasto en salud sea realizada principalmente por el nivel central en la mayoría de los países.

Las situaciones pueden ser muy variadas, y para ordenar el análisis de casos, a continuación se intenta tipificar los modelos de descentralización del sector salud en cada país, teniendo como eje ordenador la naturaleza de las transferencias desde el nivel central a los niveles subnacionales. En la práctica, sin embargo, es difícil caracterizar los procesos de descentralización de acuerdo a las categorías mencionadas ya que usualmente es común reconocer, en cada experiencia, elementos de uno y otro modelo, reflejando categorías de carácter híbrido. En gran medida lo anterior obedece a que se trata de procesos no consolidados, muchos de ellos con una escasa trayectoria, que responden a diferentes motivaciones y a que enfrentan distintas restricciones estructurales para su implantación. Por ejemplo, de la revisión de casos es posible apreciar países con avances en materia de autonomía de ciertas áreas, como usualmente ocurre en la gestión administrativa, y áreas como la de recursos humanos, que cuentan con escasa o ninguna autonomía a nivel subnacional. En otros casos ocurre que si bien existen amplias transferencias de recursos, el poder de decisión o la autonomía real sobre dichos recursos suele estar restringido por una serie de normativas y reglas que definen en la práctica las asignaciones del gasto e imponen inflexibilidades a los gobiernos subnacionales en el proceso de asignación de recursos.

2. La experiencia de descentralización del sector salud

Las reformas vinculadas con la descentralización de los servicios de salud tienen una larga tradición en América Latina y se caracterizan por su gran variedad tanto respecto de su contenido, extensión y persistencia en el tiempo. El cuadro 6 resume la evolución histórica de los procesos de descentralización del sector salud en América Latina. Esta evolución en cada país ha estado fuertemente marcada por consideraciones ideológicas asociadas a diferentes concepciones respecto del rol del Estado, así como por factores económicos y políticos.

La descentralización de los servicios sociales en la región forma parte de un proceso más amplio de reformas estructurales, dirigidas a modificar el rol del Estado. Estas reformas están motivadas por la necesidad de reducir la participación estatal en la provisión de servicios, concentrando su acción al ámbito del diseño de políticas, al establecimiento de normas y a la supervisión.

En esta sección se intenta sistematizar las diversas experiencias tratando de tipificar el modelo predominante implementado en cada uno de los países analizados. En la práctica, los modelos se diferencian según el grado de control transferido sobre una serie de variables referidas a la toma de decisiones, la planificación, la fiscalización, el financiamiento y el contenido programático. Es importante señalar que al analizar cada una de las experiencias, se encuentra una línea divisoria poco clara entre un modelo y otro, lo cual introduce cierto grado de arbitrariedad en la caracterización de cada una de las experiencias.

Para efectos de simplificación, y tomando en cuenta que en general ninguna experiencia corresponde a un modelo puro, el análisis por país que se realiza a continuación distingue básicamente modelos de devolución y desconcentración diferenciándose según el grado de autonomía transferido. Para expresar estrategias de devolución y desconcentración con elementos que pudieran corresponder a la estrategia alternativa, se utiliza el calificativo de híbrido. En ese sentido, una devolución híbrida refleja una estrategia con una tendencia importante al traspaso de autonomía hacia los niveles subnacionales, pero que mantiene ciertas funciones centralizadas. Por otra parte, una desconcentración híbrida refleja una situación en la que predomina la transferencia de funciones con escaso grado de autonomía, pero que en algunas actividades específicas existe una presencia de grados significativos de autonomía. La clasificación que se realiza a lo largo del documento puede resultar en cierto modo arbitraria y discutible, pero tiene un propósito ordenador de las diversas experiencias. Para ello se realiza un ejercicio en el cual se distingue el rol de los diferentes niveles en cada una de las funciones relevantes. Los niveles que se distinguen son el Central, Intermedio, Local, Unidad productiva y Comunidad. En general, el nivel local corresponde al municipio; los niveles intermedios y central dependen de la característica de la organización del Estado, vale decir, si es Federal o Unitario; por Unidad de Producción se entienden los centros de atención primaria de salud u hospitales; y finalmente con el nivel comunitario se intenta captar el grado de participación de la sociedad a través de organizaciones comunitarias o de usuarios. Entre las funciones, se distinguen cuatro categorías amplias: Conducción, Supervisión y Regulación; Financiamiento; Administración; y Área Programática.

Vale la pena señalar que el análisis que se realiza es eminentemente descriptivo y no se intenta emitir juicios respecto al modelo ideal para un país u otro. El modelo que en última instancia adopte un país en un momento determinado es producto de numerosos factores que sobrepasan el alcance de este trabajo ya que la modalidad de descentralización es función de numerosos y complejos factores políticos, económicos e institucionales, así como de diversas restricciones estructurales y coyunturales que limitan el diseño y la profundidad del modelo a implantar.

Cuadro 6
Evolución Histórica de la Descentralización de la Salud en Países Seleccionados

	HITOS DE DESCENTRALIZACIÓN
ARGENTINA	Hasta 1945: Modelo descentralizado Anárquico (hasta 1945) 1955-1978: Descentralización de un sistema desarticulado (1955-1978) Desde 1978: Descentralización orientada por las relaciones financieras entre Nación y Provincias.
BOLIVIA	1994: Delegación de responsabilidades al nivel Municipal 1995: Delegación de responsabilidades al nivel Departamental 1996: Nuevo Modelo Sanitario.
BRASIL	1978-1983: Primeras iniciativas de Integración (AIS). Movimientos sociales exigen cambios institucionales en la política de salud 1984-1991: Creación del Sistema Unificado y descentralizado de Salud. Paso decisivo con la democratización del país. En 1988 se consagra constitucionalmente el SUS (pero competencias ambiguas), el cual viene a ser reglamentado en 1990. 1992-1996: Aumento y aceleración de la municipalización.
CHILE	1981-1982: Traspaso en forma experimental de función ejecutiva (responsabilidades de atención primaria de salud e infraestructura) al nivel municipal. Suspendido durante la crisis y reiniciado en 1987.
COLOMBIA	1968: Establecimiento del Situado Fiscal, considerado como un acto de desconcentración de recursos fiscales. 1986: Descentralización de la Inversión en Infraestructura de las instituciones prestataria de servicios de primer nivel hacia los Municipios. 1990: Descentralización de la Prestación de los Servicios. Se profundiza el proceso con la descentralización de parte de la dirección y control sobre los servicios de salud. A los municipios se le asigna la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del 1º nivel de atención en salud y a los departamentos los de 2º y 3º nivel. Constitución de 1991: Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de atención y con participación comunitaria, y se establece el carácter obligatorio de la seguridad social. 1993: Se reglamentan los dos elementos establecidos en la Constitución de Gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el Sistema Descentralizado de Seguridad Social en Salud.
MÉXICO	1983-1987: Primera Etapa de descentralización de salud. Se trató de un modelo de coordinación más que de descentralización pues no se transfirió autoridad. 1988-1994: Fortalecimiento del Modelo de SILOS. Se intentó fortalecer la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones descentralizadas dando origen a una desconcentración administrativa (se desconcentró la contratación de los mandos medios y en 1994 el pago del personal). 1995: Programa de Reforma del sector salud. 1996: Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. Nuevo Modelo de Descentralización: se descentraliza hacia los estados, los recursos y competencias.
NICARAGUA	1982: Proceso de Regionalización del Ministerio de Salud. ^a Unificación de servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del Ministerio de Salud bajo el Sistema Unificado de Salud. 1987-1989: Proceso de descentralización presupuestaria. 1990: Recentralización presupuestaria. Formulación del Plan Maestro de Salud. 1992: Creación de los Sistemas Locales de Atención Integral -SILAIS-. 1993: Creación del Consejo Nacional de Salud.

Fuente: Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997; Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997; Ornelas C., 1998; Vargas J.E. y Sarmiento A., 1997; Consejo Nacional de Salud, 1996; Draibe S., 1997; Gómez J.P., 1997; Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larranaga, 1996.
^a 1982: Gobierno central nombra delegados regionales de gobierno con rango de ministro. 1985: Presupuesto de Salud de Managua pasa a ser controlado directamente por la Administración regional del Ministerio de Salud. ^b 1987: Presupuesto de salud de Managua fue descentralizado hasta el nivel de unidades operativas. A partir de esta experiencia, se extendió hacia otras regiones. La descentralización presupuestaria consistió en la asignación directa del presupuesto por parte del Ministerio de Finanzas a las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud de las Regiones II, III y IV.

i) Argentina

El proceso de descentralización de los servicios de salud en Argentina se inscribe en un contexto fuertemente marcado por las restricciones presupuestarias que han afectado al sector público en general y el financiamiento de los programas sociales en particular. Por otra parte, la experiencia argentina presenta ciertos elementos específicos que la diferencian del resto. En primer lugar, se trata del caso más intenso y de mayor trayectoria de descentralización de la salud en la región, tanto en términos de recursos ejecutados por los niveles subnacionales, como en términos de las facultades y el poder de decisión devueltos a las provincias. Por otra parte, se trata de un complejo sistema en el que, tan importante como el sistema público es el de las Obras Sociales, sistema de aseguramiento sindical que se ha caracterizado por una organización autónoma que es importante de considerar en todos los análisis del sector salud argentino. Finalmente, a diferencia de otras experiencias, la atención primaria en el subsector público se realiza tanto en establecimientos con esa finalidad (dispensarios, hospitales de baja complejidad) como en hospitales de alta complejidad (Montoya S., 1996).

A lo largo de las últimas cuatro décadas se ha avanzado en forma progresiva hacia una salud pública descentralizada en un proceso que se ha caracterizado por su gradualidad en el sentido que ha pasado por diversas fases en las cuales hubo un traspaso progresivo de competencias al nivel intermedio (provincias) y más recientemente hacia la unidad microeconómica (hospitales de autogestión). La descentralización hacia el nivel local no ha formado parte del modelo de descentralización explícito, sino que ha quedado a merced de la iniciativa y voluntad de cada provincia. La función de coordinación entre las provincias fue establecida a comienzos de los años setenta a través de la creación del Comité Federal de Salud y del Consejo Federal de Salud.

El proceso de descentralización más reciente, iniciado en el año 1978, tuvo como motivación central la reducción de las presiones fiscales del nivel central y ha consistido en el traspaso de mayores funciones hacia las provincias sin una contrapartida de nuevos recursos. La búsqueda de niveles crecientes de eficiencia y equidad no fue una motivación del proceso, determinando en forma importante la ausencia por parte del gobierno nacional de mecanismos de coordinación y políticas dirigidas a buscar mayor eficiencia y equidad.

En general, el proceso de provincialización de la salud se caracteriza por el traspaso amplio de facultades y competencias (normativas, operativas y programáticas) hacia todas las provincias, minimizando el rol del nivel central. El proceso de descentralización que toma lugar a partir de 1978 se caracteriza por la transferencia gradual de hospitales que aun quedaban en la Nación hacia las provincias. En esta fase, a partir de 1986, se reactivó en forma gradual la descentralización microeconómica brindando mayor independencia a los hospitales en materia de financiamiento y gestión. En particular, a partir de los noventa se observa en Argentina un triple fenómeno: la transferencia de los últimos hospitales de la Nación a las provincias; casos de descentralización desde las provincias a los municipios y el lanzamiento de cierta descentralización microeconómica impulsada desde la Nación hacia el nivel de los hospitales bajo la figura de Hospitales de Autogestión. En el modelo de "*autonomía hospitalaria*" los hospitales públicos participan en la dirección de la unidad,

cuentan con la posibilidad legal de facturar y captar fondos para ser utilizados en equipamientos y en algunos casos a salarios; y administran autónomamente el servicio.

Actualmente, existe una serie de hospitales que se han ido transfiriendo a las provincias sin que exista un marco global que permita articular el funcionamiento de cada uno de ellos. En general, las provincias tendieron a replicar el mismo esquema centralizado de la nación: un Ministerio de Salud, cierta cantidad de hospitales de baja complejidad, algunos de alta complejidad y algún grado más o menos razonable de articulación, generándose, de ese modo, no *un* sistema nacional de salud, sino que 23 sistemas provinciales de salud. Como resultado de la provincialización de la salud han surgido diferentes modelos de descentralización provincial, los que se diferencian en términos del grado de descentralización hacia los niveles locales. Existen modelos en que la provincia ha dado espacio al municipio para desempeñar un rol más activo en materia de administración transfiriendo grados importantes de autonomía a los municipios y a las unidades hospitalarias, e incluso en algunos casos se ha creado algún espacio de participación de la comunidad en la dirección del hospital. En otros casos, por el contrario, el modelo es altamente centralizado al nivel provincial.

La salud pública en Argentina es financiada a través de transferencias generales, automáticas a los gobiernos provinciales, derivadas del Pacto Fiscal, y de recursos propios. Las provincias reciben una transferencia automática y cada una de ellas asigna de manera autónoma los recursos presupuestarios al sector. No hay transferencias específicas desde el nivel central al sector (como ocurre con otros sectores). Por lo tanto, el presupuesto provincial de salud queda sujeto a la asignación provincial de los recursos propios y de aquellos provenientes de la coparticipación. Adicionalmente, existen recursos propios sectoriales que provienen de la venta de servicios o recuperación de costos a nivel hospitalario.

Como se observa en el cuadro 7, los diversos esfuerzos descentralizadores de los servicios de salud hacia las provincias, dieron origen a un sistema desarticulado, pero con un elevado grado de autonomía de la gestión y del área programática a nivel provincial. Se trata entonces de un *modelo de devolución híbrida de competencias al nivel provincial y al nivel de las unidades productivas por la vía de la autonomía hospitalaria, con una escasa participación de la comunidad*. El carácter híbrido proviene del hecho que, a pesar de gozar de plena autonomía en materia programática y de gestión, las provincias y hospitales mantienen una relación de dependencia en el plano financiero con el nivel central. A pesar de que las provincias están facultadas para obtener recursos propios, su principal fuente de financiamiento proviene de transferencias automáticas desde el nivel central al nivel provincial por intermedio de la coparticipación tributaria. En ese sentido, el proceso argentino puede ser calificado también como una *descentralización vinculada*. Finalmente, una característica distintiva de este proceso es que el nivel central mantiene un rol en el diseño de programas y en la dictación de normas, pero sus directrices, a diferencia de los demás países, no tienen más que un valor indicativo.

Cuadro 7
EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN ARGENTINA DESDE 1978

	CONDUCCIÓN SUPERVISIÓN REGULACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		ÁREA PROGRAMÁTICA
			PERSONAL	OTRO	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social)	Diseña programas, dicta normas y coordina subsistemas. Sin em- bargo, lineamientos tienen solo valor indica- tivo.	Coparticipa Recauda- ciones Tributarias			Definen programas de cobertura nacional; lucha contra endemias; campañas preventivas; educación sanitaria; programas materno in- fantiles y de nutrición, control de alimentos y saneamiento ambiental.
NIVEL INTERMEDIO (Autoridades Sanitarias Provinciales: 23 Provin- cias más la Ciudad Autó- noma de Buenos Aires)	Cuentan con autonomía para la definición de políticas de su jurisdic- ción y ejercen el con- trol sobre los diversos subsectores que llevan a cabo acciones de salud en su territorio (excepto en obras sociales).	Puede captar recursos adicionales en la forma de impuestos y usarlos en forma irrestricta.	Política de Re- cursos Humanos	- Ejecución de programas y provisión de servicios. - Asignación del presupues- to público. - Desde 1992, fueron trans- feridos los principales pro- gramas de prevención (nu- trición, inmunización y materno)	Definen planes provin- ciales de cobertura de determinadas endemias.
GOBIERNO LOCAL (Municipios)				- Tienen a su cargo la eje- cución de programas y la administración de servicios de su órbita. - Hay casos de descentrali- zación desde las provincias a los municipios.	
UNIDAD DE PRODUC- CIÓN (Hospitales Públicos)		Independencia en factu- ración por prestación a Obras Sociales		- Desde la Nación a los hospitales de autogestión: Provisión de Servicios	
COMUNIDAD		- Copago			

Fuente: Elaboración propia en base a Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997.

En síntesis, se puede afirmar que el proceso de descentralización de los servicios de salud que progresivamente se ha ido implementando en Argentina se ha caracterizado por la ausencia de una política integral encargada de definir las prioridades del sector, lo que ha contribuido a generar modelos heterogéneos de salud provinciales, donde se reconoce un rasgo común que es el avance hacia la descentralización microeconómica.

ii) **Bolivia**

El modelo de descentralización de la salud promovido en Bolivia, conocido como *modelo de gestión compartida con participación popular*, responde a una voluntad más amplia de democratizar y modificar la distribución del poder político en el país. El proceso de descentralización no refleja las demandas sectoriales, sino que se inserta dentro de un proceso más amplio de redefinición de las relaciones entre las unidades locales y centrales al interior del sector público en general. La descentralización de los servicios sociales ha formado parte de un conjunto más amplio de reformas estructurales que han modificado radicalmente la institucionalidad del país.

El proceso de descentralización en el sector se inicia con la promulgación de la ley de participación popular en 1994, que crea 311 municipios. Por intermedio de esta ley se descentraliza el sector salud transfiriendo a los municipios la infraestructura física de las postas sanitarias, los centros de salud y los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad, incluyendo hospitales de referencia nacional. Se transfieren también las responsabilidades asociadas al mantenimiento de esa infraestructura, su equipamiento y la provisión de insumos necesarios para la adecuada prestación de los servicios.

El proceso de descentralización continúa con la ley de descentralización administrativa, que en la práctica implica la transferencia de la administración de los recursos humanos del sector salud a los departamentos. Los departamentos pasan teóricamente a estar a cargo de la supervisión, administración y control de los recursos humanos en salud.

Se trata de un proceso de corta trayectoria y en consecuencia, con un número importante de discrepancias entre el modelo teórico y el que actualmente se encuentra en vigencia. En teoría, se trata de un modelo en el que los diferentes niveles de gobierno concurren en materia de regulación, supervisión, financiamiento y administración y donde la comunidad cumple un papel importante en la supervisión de actividades y en la formulación de los programas de salud. El rol de coordinación por su parte, es en teoría, desempeñado por las Direcciones Locales de Salud. Si bien aun falta consolidar el proceso, su implementación geográfica ha sido muy rápida, no gradual, y ha incluido todo el territorio.

Uno de los elementos característicos del modelo boliviano se relaciona con la distribución de los roles entre los niveles intermedios y locales. A diferencia de otros países en que estos roles se diferencian en términos de los niveles de atención de salud, en Bolivia, la distinción de los roles se establece en términos de los insumos sobre los cuales los distintos niveles ejercen su responsabilidad de administración. En este sentido, puede ser concebido como un *modelo de descentralización por factores*. En este contexto, el rol del municipio es central en materia de gestión de infraestructura y operación, mientras que los departamentos tienen a su cargo la administración del recurso humano (cuadro 8). Al

tratarse de un modelo de gestión compartida y fragmentado en términos factoriales, pasa a ser altamente demandante de mecanismos de coordinación vertical, con el objeto de poder concretar en forma eficiente la función de producción de los servicios de salud. Se trata entonces, de una transferencia a diferentes instancias del gobierno, de las distintas piezas que componen la función de provisión.

Dentro de este modelo, la Secretaría Nacional de Salud Pública es responsable de la normatividad y la comunidad está encargada de la identificación de la demanda y el control social. A diferencia del sector educación, el sector salud no tiene una estructura de participación independiente a la que se crea con la ley de participación popular. El control social se realiza a través de los Comités de Vigilancia que tienen funciones mucho más amplias que simplemente la de controlar las actividades del sector salud.

Para resolver el problema de falta de coordinación en este esquema descentralizado, se estableció el Nuevo Modelo Sanitario que se centra en el sistema público¹¹, y que se define como un modelo de *"gestión compartida con participación popular"*. Este modelo se instrumentaliza a través del Directorio Local de Salud (DILOS), que es una instancia participativa ubicada en el municipio y que debiera cumplir un rol de coordinación, pero que debido a la falta de reglamentación y normatividad existente en el sistema, todavía no lo está cumpliendo.

En materia de financiamiento, es el nivel central la principal fuente financiadora quién, a través de mecanismos de transferencias generales automáticas, vinculadas a las rentas nacionales de coparticipación tributaria, financia los gastos de inversión que son de responsabilidad de los municipios y a través de transferencias específicas a los departamentos, financia los gastos de operación asociados a la planilla de sueldos y salarios. El grado de autonomía sobre los recursos de transferencia es muy bajo toda vez que el 20% de la recaudación tributaria efectiva que se transfiere a los gobiernos municipales deben ser utilizados para realizar gastos de inversión pública, lo que transforma estas transferencias en asignaciones tuteladas. Por su parte, también las transferencias entre la Administración Central y las Prefecturas que consisten en recursos para las Planillas de Salud son transferencias tuteladas cuyo uso está predefinido. Por otra parte, existe un copago que antes de la descentralización era administrado por la unidad productora para gastos de funcionamiento, personal y equipo de apoyo, pero que a consecuencia de la descentralización, los centros de producción de servicios de salud han perdido autonomía al pasar a ser administrados por los municipios, afectando asimismo, la capacidad de gestión de la unidad de producción. Llama la atención en el caso boliviano que la definición de la oferta de servicios o el contenido programático no está definido, lo que en parte es el reflejo de la ausencia de una política sectorial global claramente explicitada.

En el caso boliviano los cambios radicales en la institucionalidad que define la estructura a través de la cual se organiza la provisión de los servicios de salud, no han ido acompañados por un proceso efectivo de descentralización. Por el momento, como se observa en el cuadro 8, se trata de un modelo de *desconcentración de la función administrativa hacia los niveles intermedio y local*. La dependencia financiera con el nivel central es muy elevada y en materia programática existe una autonomía parcial al nivel intermedio. En este caso, sin embargo, existe un esfuerzo por establecer instancias de participación de la comunidad en el área programática y de control.

Cuadro 8
MODELO DESCENTRALIZACIÓN SECTOR SALUD EN BOLIVIA A PARTIR DE 1994 -1996

	CONDUCCIÓN, SUPERVISIÓN, REGULACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			PERSONAL	OTRO	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría Nacional de Salud Pública)	- Norma, regula y conduce el Nuevo Modelo Sanitario. - Planifica y Define políticas de salud, personal, medicamentos e insumos. - Define Política de Paquete Mínimo de Atención Gratuita (Seguro de Maternidad y Niñez)	- Municipios: Transferencias generales vía coparticipación tributaria de 20%. El 85% de estos recursos debe ser asignado a inversión pública. - Departamentos: Transferencias del Tesoro General de la Nación (TGN) para financiar planilla de recursos humanos y gasto de operación. - Podría cofinanciar con fondos de empresas departamentales que no han sido privatizadas y con Regalías (el 10% de todos sus recursos, incluidas las transferencias que se destinan a salud).	- Define Políticas de recursos humanos. - Masa salarial establecida por negociación.	- Administración de Medicamentos Esenciales	- Definición de las patologías prioritarias de atención.
NIVEL INTERMEDIO (Prefecturas Departamentales, Dirección Departamental de Salud)	- Planificación estratégica - Supervisión y control de los recursos humanos	- Podría cofinanciar con fondos de empresas departamentales que no han sido privatizadas y con Regalías (el 10% de todos sus recursos, incluidas las transferencias que se destinan a salud).	- Administración de los recursos humanos.	- Aplicación de las políticas nacionales de salud dentro de su región.	- Existe espacio (por ausencia de definiciones) de iniciativas departamentales.
GOBIERNO LOCAL (Gobiernos Municipales, Directorio Local de Salud-DILOS) ^a	- Supervisar el desempeño de las autoridades de salud y proponer su ratificación y remoción - Supervisar y coordinar elaboración de presupuesto de los centros de salud y hospitales.	- Recursos Propios (básicamente válido para municipios grandes) - Decide cuánto de los recursos correspondientes al 85% de la coparticipación se asignan al sector salud.	- Puede contratar personal médico con recursos de generación de los centros de salud.	- Mantenimiento y construcción de infraestructura, equipamiento, administración de los gastos de operación. - DILOS administran Programa de Maternidad y Niñez.	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Centros de Salud, Hospitales de segundo y tercer nivel)		- Recaudación vía tarifas por consultas, servicios médicos y medicamentos (pero administración de los recursos a cargo de municipios).			
COMUNIDAD (Comité de Vigilancia y Juntas Vecinales, Comunidades campesinas y Pueblos Indígenas)	- Vigilar que los recursos municipales se inviertan en forma equitativa entre población urbana y rural. - Proponer cambio o ratificación de autoridades.	- Copago			- Identificación de necesidades de salud. Sólo en teoría ya que la población no demanda salud. ^a

Fuente: Elaboración propia en base a Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997.

^a Nota: Casilleros no sombreados significan función teóricamente definida, aun no en práctica.

^b Los DILOS están conformados por representantes del Alcalde, el Director Departamental de Salud y el Comité de Vigilancia.

iii) Brasil

El proceso de descentralización del sector salud en Brasil se inicia a fines de la década del setenta y se ha caracterizado por su relativa gradualidad y por los cambios que ha experimentado tanto respecto de su contenido, orientación del proceso y sus prioridades.

En su primera etapa, el proceso de descentralización es una respuesta a las crecientes demandas por cambios en la orientación de la política de salud dirigidos a universalizar el derecho a la salud y a eliminar la fuerte segmentación y fragmentación del sistema. Desde esta perspectiva, la descentralización es percibida como uno de los instrumentos destinados a optimizar la asignación de recursos al interior del sector salud y adicionalmente, forma parte de una serie de reformas más amplias dirigidas a integrar el sistema público de salud, reducir el poder del nivel central, fortaleciendo a los niveles subnacionales y aumentar el grado de participación ciudadana.

El origen de la experiencia de descentralización del sector salud en Brasil constituye una excepción en el contexto regional en el sentido que el proceso de reforma del sector salud no fue liderado por el nivel central, sino por personal del área médica (principalmente del sector público) que a través de movimientos sociales dirigió un proceso de cambio institucional cuyos ejes eran la integración de los tres niveles de gobierno (Sistema Unificado de Salud -SUS-), la descentralización, y la desconcentración de los recursos y del poder político.

El modelo de descentralización que se ha venido estableciendo es uno en el cual los niveles subnacionales son altamente concurrentes en las diversas funciones, sin embargo, en la práctica, desde 1993 se ha acentuado el carácter municipalista del modelo implantado. A partir de 1993, con el objeto de introducir flexibilidad frente a la heterogeneidad que caracteriza los diversos entes subnacionales, el proceso de descentralización ha adoptado una mecánica gradual, mediante la cual cada estado y municipio solicita ser calificada en términos de una modalidad de gestión y donde el elemento de negociación entre las tres esferas de gobierno es introducido con la institucionalización de las comisiones de intergestores, cuyo propósito es apoyar el proceso de implementación de la descentralización. Para los estados se definieron dos categorías: gestión parcial y semiplena, mientras que los municipios pueden ajustarse también a una tercera categoría "incipiente". Esta diferenciación se traduce en diferencias respecto de las facultades y autonomía en el uso de los recursos. El grado de avance del proceso de descentralización es moderado si se considera que en tres años, el 45% de los municipios estaban clasificados en la categoría de gestión incipiente, el 12% en gestión parcial y el 18% en gestión semiplena. Sin embargo, evaluado en términos de dependencia financiera, el sistema sigue manteniendo una exagerada dependencia de los recursos federales, lo que, en ausencia de vínculos automáticos establecidos constitucionalmente, y en un contexto de ajuste fiscal ha implicado un desequilibrio significativo en el financiamiento del sector.

Uno de los problemas no resueltos en la experiencia de Brasil es la falta de correspondencia entre las fuentes de financiamiento y las funciones y atribuciones de las distintas esferas de gobierno. Por otra parte, la irregularidad y la ausencia de una vinculación constitucional de los recursos para el sector ha constituido una restricción al

avance de la descentralización efectiva y una fuente de vulnerabilidad para el financiamiento del sector al depender fuertemente de la orientación de las políticas de ajuste y estabilización macroeconómica. En efecto, como resultado de la profundización de la crisis en 1991-1993, el gasto en salud contribuyó al ajuste fiscal¹², quedando en la práctica el sistema de salud desfinanciado, lo que obligó recientemente a establecer el Impuesto Provisorio sobre el Movimiento Financiero, destinado a financiar el sector a partir de 1997.

En relación a las transferencias federales destinadas a salud, teóricamente la ley estableció un sistema de transferencias automáticas a las instancias subnacionales según diversos criterios: perfil demográfico y epidemiológico; características de la red de servicios y equipamiento; desempeño técnico, económico y financiero en el período anterior; participación del sector salud en el presupuesto estatal y municipal; planes de inversión; recuperación por servicios prestados a otras esferas de gobierno; y requisitos organizacionales. En la práctica, sin embargo, como resultado de dificultades técnicas y políticas, la operacionalización de estos criterios se ha desarrollado con lentitud, y el mecanismo predominante de traspaso de recursos del gobierno federal hacia los estados y municipios es el de remuneración por compra de servicios a los entes subnacionales. Esto desincentiva la participación financiera de las instancias subnacionales, fortalece la cultura de dependencia del gobierno central; estimula procedimientos médicos más caros y no necesariamente más eficientes, aumenta las presiones políticas permanentes sobre la *caja federal* y en fin, inhibe el proceso de descentralización (Barros M.E., S. Piola y S.M. Vianna, 1996). Las transferencias desde el gobierno federal a las entidades subnacionales operan a través de los siguientes mecanismos: a) traspasos por concepto de actividades ambulatorias y hospitalarias en función del criterio poblacional, complejidad de la red y valores históricos y b) traspasos asociados a apoyo a la descentralización a través de factor de apoyo a estados (FAE) y factor de apoyo al municipio (FAM), asignado a cada entidad que se habilita en alguna condición de gestión.

Como se observa en el cuadro 9, las competencias específicas del nivel municipal son la elaboración, administración y ejecución de acciones y servicios de salud local, vale decir la gestión de la salud local, en tanto el papel de los estados se relaciona con la planificación regional de las políticas de salud. Un elemento que diferencia el proceso de descentralización implementado en Brasil de otras experiencias de la región es que la función de contratación de personal es realizada en forma mayoritaria por el nivel local, a diferencia de los otros casos en que esa competencia se tiende a mantener centralizada. Los municipios gozan de gran autonomía en materia administrativa y programática, y a pesar de ser un país con un elevado grado de descentralización fiscal en el que los gobiernos subnacionales, incluidos los municipios pueden dictar sus propias leyes orgánicas, con capacidad de sobreponerse a las leyes ordinarias estatales y federales, los niveles subnacionales mantienen una importante dependencia de los recursos del nivel central. En ese sentido, se trata de un modelo que puede asemejarse a una *devolución híbrida* al nivel de los municipios. Los estados también deben descentralizar y municipalizar los servicios de salud, ejecutando en forma complementaria o sustitutiva algunas de las acciones y servicios aun no asumidos por los municipios. Sin embargo, en la práctica sus competencias no están claramente delimitadas.

EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN BRASIL A PARTIR DE 1990-93

Cuadro 9

	CONDUCCIÓN SUPERVISIÓN REGULACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			PERSONAL	OTRO	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud; Comisión Nacional de Interiores Tripartita; Consejo Nacional de Salud; Fondo de Salud; Conferencia de Salud)	- Formula políticas nacionales. - Norma y evalúa directrices generales de SUS. - Define y coordina los sistemas de redes integradas de salud. - Regula la formación, el ejercicio profesional, y las relaciones entre el SUS y los productores privados.	- Transfiere recursos provenientes de: Fondo Nacional de Salud formado por recursos del Presupuesto de Seguridad Social y del Presupuesto de la Unión. - Define criterios de asignación de recursos para cobertura asistencial. - Cooperación financiera a estados y municipios.	- Apoyo al desarrollo de los recursos humanos. - Contratación de Personal, sueldos y salarios, horas de trabajo, y capacitación.	- Ejecuta, en circunstancias especiales que representan riesgo nacional, acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria.	Programación del tipo de servicios prestados, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención.
NIVEL INTERMEDIO (Secretarías Estaduales de Salud; Comisión de Interiores Bipartita)	- Formula políticas estaduales de acuerdo con política nacional. - Coordina red estatal de laboratorios de salud pública y hemocentros. - Norma suplementariamente a la normatización nacional, procedimientos de control de calidad.	- Recibe transferencias del Fondo Nacional de Salud y del Presupuesto de la Unión. - Recursos propios. - Presta cooperación financiera a municipios.	Contratación de Personal, sueldos y salarios, horas de trabajo y capacitación. La contratación se realiza mayoritariamente en este nivel.	- Ejecución de algunas acciones y servicios no asumidos aun integralmente por los municipios.	Programación del tipo de servicios prestados, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención.
GOBIERNO LOCAL (Secretarías Municipales de Salud)	- Elabora acciones de vigilancia de ambiente y procesos de trabajo. - Formula política municipal de salud en concordancia con políticas estaduales y nacional. - Planea, controla y evalúa las acciones y servicios de salud. - Norma complementariamente las acciones y servicios de salud.	- Recibe transferencias del Fondo Nacional de Salud y del Presupuesto de la Unión. - Recursos propios (tienen capacidad de recaudación tributaria).	Participan en la contratación de Personal. También participan en la determinación de horas de trabajo y capacitación.	- Gestión de los sistemas locales de salud. - Administración y ejecución de acciones y servicios de salud locales (servicios ambulatorios y hospitalarios de asistencia a salud, de gestión de red productores privados, de acciones de vigilancia epidemiológica, etc.). - Ejecuta Política de insumo y equipamiento.	Programación del tipo de servicios prestados, horario de atención y mecanismos de acceso a la atención.
UNIDAD PRODUCTORA					
COMUNIDAD (Participa en Consejos de Salud; Consejo Estadual de Salud; Consejo Municipal de Salud)	Aprobación de Planes de Salud, fiscalización de recursos y supervisión de las políticas, en su ámbito de actuación.				

Fuente: Elaboración propia en base a Draibe S. 1997 y Lucchese P. 1996.
 a. Comisiones Interiores se crean a partir de 1993 como órganos colegiados responsables de la gestión del sistema, particularmente de la descentralización (grado de autonomía transferidos a los estados y municipios según nueva tipología de grados de descentralización). Los Consejos de Salud se organizan en cada nivel de gobierno y se componen de representantes gubernamentales, prestadores de servicios, profesionales de salud y usuarios de los servicios. Entre sus funciones están la aprobación de los planes de salud y fiscalizar los recursos y supervisar la política de salud.

En términos de control social de la gestión, se han creado diversas instancias de coordinación y participación, pero la precariedad de acceso a la información limita el control efectivo de parte de los representantes de la sociedad. En cuanto a la participación de la comunidad, existen instancias en los diversos niveles subnacionales de la comunidad a través de los Consejos de Salud creados en las diferentes jurisdicciones. En estos Consejos participan representantes gubernamentales, profesionales de salud, prestadores de servicios y usuarios de los servicios.

iv) Chile

El proceso de descentralización de los servicios de salud en Chile, iniciado a comienzos de los ochenta, se inserta en un contexto más amplio de reformas de políticas sociales, cuyos ejes centrales fueron la introducción de mecanismos de mercado, de criterios de subsidiariedad del estado (focalización y privatización) y la descentralización territorial de la atención primaria de salud al nivel municipal. El origen de esta reforma fue una decisión desde el nivel central, en un contexto no democrático.

El modelo de descentralización implantado consistió en el traspaso de la administración de los establecimientos y del personal de la salud primaria a los municipios y en la desconcentración de los servicios de segundo y tercer nivel. En forma simultánea y de una sola vez se traspasó la infraestructura y el personal del primer nivel de atención a los municipios, y los hospitales pasaron desde una administración centralizada en el ministerio de salud, a ser administrados por los 26 Servicios de Salud que se crearon en todo el territorio¹³.

En sus inicios, la municipalización de la atención primaria avanzó en forma gradual debido a las presiones de los gremios que se resistían a la reforma y a la crisis económica de principios de los ochenta que frenó el avance de las reformas estructurales. Por ello se identifican dos fases, la primera entre 1981 y 1985 durante la cual se transfirió el 20% de los establecimientos y la segunda que va desde 1986 a 1989, durante la cual se traspasó la casi totalidad de los establecimientos restantes.

La descentralización del sector implicó introducir una diferencia en la modalidad contractual de los funcionarios, en función de la unidad productiva en la cual se desempeñaban en el momento en que ésta tuvo lugar. En efecto, mientras los funcionarios dependientes de los Servicios de Salud mantuvieron su calidad de funcionarios públicos, en el caso de la atención primaria de salud, la transferencia del personal se realizó a través de una modalidad en la cual los funcionarios del sector perdieron su condición de empleados públicos, y con ello el régimen laboral de carrera funcionaria. Los funcionarios municipalizados pasaron a regirse por el sistema de empleados particulares lo que implicaba negociar con los municipios sus condiciones laborales y salarios, de acuerdo a las condiciones específicas de cada localidad. Sin embargo, en los últimos años, como resultado de la presión de gremios y sindicatos del sector, se ha tendido a una recentralización del régimen laboral, instaurándose un estatuto que regula los salarios y las condiciones de empleo.¹⁴

En cuanto a la función programática, los niveles subnacionales no tienen autonomía, por el contrario, el Ministerio de Salud, norma con bastante precisión todo lo que está

asociado con el contenido de la atención primaria de salud¹⁵. El financiamiento es fundamentalmente de origen central, pero existen aportes de los municipios que complementan los recursos del nivel central. Este aporte ha sido tradicionalmente interpretado por los municipios como un "déficit", en la medida que su origen se encontraría en la insuficiencia de los fondos centrales para financiar los gastos de operación de los consultorios. En cierta medida, este déficit refleja una restricción presupuestaria "blanda" que ha admitido ineficiencias de la gestión local y que luego ha sido utilizado como mecanismo de presión al nivel central por mayores aportes financieros al sector descentralizado (ver Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996).

En forma simultánea al proceso de descentralización se modificó el esquema de financiamiento de los establecimientos de atención primaria de salud, el que ha estado expuesto a numerosas modificaciones a lo largo del tiempo. Desde 1981 hasta 1994 el sistema de financiamiento pasó a ser una especie de presupuesto histórico, con ciertos niveles de discrecionalidad. En un comienzo, se estableció un sistema de reembolso a los consultorios en función del gasto del período anterior valorado con una estructura de aranceles según tipo de prestación, que desde el inicio se encontraba distorsionada. Esta modalidad de pago retrospectivo duró solamente un año ya que rápidamente las cuentas que enfrentaba el Ministerio de Salud sobrepasaban la disponibilidad de recursos. El esquema de financiamiento de la atención primaria de salud inicialmente se basó en el sistema de Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales (FAPEM), el que experimentó a su vez, numerosas modificaciones que permitieran compatibilizar la eficiencia, contención de costos y equidad en la atención de salud. Actualmente se está implementando un nuevo sistema de capitación prospectiva que consiste en el traspaso de recursos a los consultorios, según la población inscrita y que probabilísticamente pueda hacer uso de la atención médica. Este sistema prospectivo implica traspasar al proveedor una parte del riesgo financiero de atención de salud. Adicionalmente, este sistema será acompañado de compromisos de gestión a través de los cuales la autoridad de salud va a contar con instrumentos que le permitan monitorear el funcionamiento y la eficiencia del sistema.

De la revisión del cuadro 10, que resume el modelo predominante de descentralización en Chile, se desprende que el grado de descentralización es mínimo en la medida que los municipios no poseen autonomía sobre el área programática; no tiene flexibilidad de gestión, y el municipio se transforma básicamente en un intermediario financiero entre el nivel central y los insumos y profesionales que operan en el nivel local. En síntesis, ni el contenido ni la gestión quedan a cargo del municipio, aunque sí tiene un grado de autonomía importante en lo que se refiere a la contratación del personal vinculado con la atención primaria de salud. Por otra parte, existen señales de recentralización en la medida que el nivel central ha procedido a inyectar recursos a través de una modalidad centralizada asumiendo decisiones acerca de diversos aspectos operativos. Finalmente, la comunidad no cuenta con instancias de participación formal que permitan contribuir a la función de control, aunque a nivel informal en algunas unidades productivas se han creado Consejos de Desarrollo, que contribuyen al ejercicio de la función de control social¹⁶. En definitiva, el modelo chileno se identifica predominantemente como un *modelo de desconcentración administrativa* de la atención primaria de salud al nivel de los municipios, donde su papel es básicamente de un intermediario que sigue los instructivos del nivel central.

Cuadro 10
MODELO DESCENTRALIZACIÓN SECTOR SALUD EN CHILE A PARTIR DE 1981

	CONDUCCIÓN SUPERVISIÓN REGULACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			PERSONAL	OTRO	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud)	Norma, dicta y regula	Financia. Traspasa recursos a los Municipios para gastos de operación y mantención de infraestructura.	Contrata personal dependiente del Ministerio de Salud. Negocia salarios, de acuerdo a lo que determina la ley.	Servicios de atención primaria de urgencia, turnos vespertinos, ciertas compras de medicamentos	La autoridad técnica del Ministerio de salud determina el contenido de la actividad del consultorio.
NIVEL INTERMEDIO (Servicios de Salud a Nivel Regional) ^a	Supervisión, inspección técnica y administrativa y control de los establecimientos de salud		Contrata personal de las unidades hospitalarias. Puede establecer incentivos salariales.		
GOBIERNO LOCAL (Municipalidades)		Aporte destinado a complementar los recursos centrales (es interpretado como déficit por las municipalidades)	Contrata personal de atención primaria. Puede establecer incentivos salariales.	Administra la gestión de los establecimientos de atención primaria de salud.	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Consultorios, Postas de Salud)					
COMUNIDAD					

Fuente: Elaboración propia en base a Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996.

^a Los Servicios de Salud son dependientes del Ministerio de Salud.

v) Colombia

La característica distintiva del modelo de descentralización que está siendo aplicado en Colombia, respecto de los procesos en curso en otros países de la región, es el hecho de que la descentralización forma parte de una reforma integral del sector salud, que afecta no solamente la reorganización institucional de la provisión del servicio, sino también la modalidad de su financiamiento, tanto en la provisión como en el aseguramiento. En efecto, el elemento distintivo del caso colombiano es la presencia de un sistema descentralizado de seguridad social en salud, que interrelaciona el aseguramiento con la gestión territorial.

El origen del proceso de descentralización en Colombia es esencialmente político. En el caso específico del sector salud, las motivaciones estuvieron asociadas principalmente al contexto de descentralización surgido a partir de 1986, que originó demandas en el nivel local por una mayor autonomía en la gestión de los servicios de salud; a la percepción generalizada respecto de la incapacidad de los esquemas centralizados de responder a las crecientes demandas sociales; y a la percepción de que la descentralización de los servicios sociales constituía un instrumento funcional al control de las finanzas públicas mediante el estímulo a una mayor eficiencia del gasto.

El proceso de descentralización de la salud en Colombia ha sido acelerado. En una primera fase, en 1986, se descentralizó la inversión en infraestructura al nivel municipal. En una segunda fase, a partir de la reforma sectorial de 1990 se profundiza el proceso de descentralización asignando a los municipios no solo la responsabilidad de la inversión, sino también la prestación y funcionamiento del "primer nivel de atención en salud". En esta etapa se define la responsabilidad de la atención de salud de segundo y tercer nivel en el nivel departamental. La tercera fase se inicia con la Constitución de 1991. En ella se establecen las bases del nuevo sistema de salud que tiene como elementos centrales la organización descentralizada de los servicios de salud por niveles territoriales y con participación ciudadana, y la obligatoriedad de la seguridad social. Posteriormente, en 1993 se definieron las competencias territoriales en todos los sectores, incluyendo el de salud, y la estructura de su financiamiento, a la vez que se aprobó el nuevo sistema de seguridad social en salud, que entró en vigencia en diciembre de ese año. De esta manera, se establecen las bases del nuevo sistema de salud integrado por la gestión territorial y el aseguramiento, con elementos explícitos en materia de equidad (universalidad del aseguramiento y de las acciones de salud pública) y eficiencia (competencia, participación del sector privado). A grandes rasgos, las responsabilidades de la atención de la enfermedad individual quedó cubierta por el componente de aseguramiento, mientras que la atención colectiva quedó vinculada con un componente territorial.

En efecto, el nuevo sistema de seguridad social es descentralizado en la medida que el régimen subsidiado que garantiza la universalidad del aseguramiento al cubrir a las familias sin capacidad de ingresos es administrado y financiado a través de los municipios. Es de competencia de los municipios, por su parte: a) la identificación de las familias beneficiarias; b) la afiliación de los pobres a una Empresa Promotora de Salud (EPS); y c) la cotización correspondiente a estos casos, a través de un subsidio otorgado por el municipio y complementado por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Hay ciertos componentes de las competencias que se descentralizan automáticamente. Sin embargo, esta fase de descentralización ha sido gradual en el sentido que se estableció un mecanismo de certificación mediante el cual los departamentos adquieren plena autonomía de gestión, devolviéndoseles las competencias sectoriales cuando la entidad territorial reúna los requisitos previstos para que pueda asumir las responsabilidades descentralizadas. Algo similar ocurre en el caso de los municipios, quienes, pese a que reciben automáticamente responsabilidades y recursos (transferencias correspondientes a la participación en los ingresos corrientes de la nación), deben someterse a un proceso de certificación mediante el cual acreditan ante el departamento respectivo un conjunto de requisitos para obtener de éste su "certificación" de idoneidad para administrar los hospitales de primer nivel y los recursos correspondientes del situado fiscal tutelados hasta ese momento por el departamento. El proceso ha avanzado más ágilmente en la certificación de departamentos y menos en los municipios, de manera que la descentralización de los servicios de salud, al igual que los de educación, es más "departamentalista" que "municipalista", lo cual permite un mejor aprovechamiento de las economías de escala regionales.

El financiamiento de la salud en los diversos entes territoriales está formado por un complejo sistema de transferencias de recursos desde el nivel central, por recursos propios, cofinanciación, regalías petroleras y créditos. Entre las transferencias de recursos, el Situado Fiscal constituye la fuente más importante de recursos para el departamento y la participación en los ingresos corrientes de la nación (PICN) para el municipio. Se trata de transferencias con directivas de gasto¹⁷.

Con respecto a la autonomía, el modelo prevé otorgar tanto al municipio como a los departamentos un alto grado de autonomía en los diversos espacios de decisión: en el área financiera, en la organización de los servicios y en la gestión de recursos humanos, salvo en materia de despidos, la que es regida a través de la carrera administrativa. Se han realizado avances importantes en materia de autonomía en el nivel departamental y moderados en el municipal. El área en la que menos avances se han percibido en términos de autonomía es la referente a la formación de un verdadero mercado de trabajo para el personal del sector salud, pues la adscripción a la carrera administrativa restringe la negociación, hace inelásticos los niveles salariales, dificulta la entrada y la remoción e impide el establecimiento de incentivos, en perjuicio de la administración del personal y de los propios trabajadores.

El proceso de descentralización colombiano representa junto con el argentino, uno de los procesos más radicales implementados en la región. Del cuadro 11 se desprende que el modelo colombiano se aproxima a una *devolución híbrida*¹⁸ en la medida que hay una entrega importante y amplia de competencias a los niveles intermedio y local, acompañada de una transferencia significativa de recursos y autonomía, aunque en materia de recursos existe una alta dependencia del nivel central y en materia de autonomía, al tratarse de un proceso en marcha, subsisten áreas en donde ésta es aun limitada. En particular, en materia de recursos humanos la transferencia de autonomía está acotada por la característica del mercado de trabajo (inflexibilidades derivadas de la carrera administrativa). Por otro lado, las transferencias de recursos tienen un componente etiquetado que constituye una restricción en materia de autonomía en el uso de los recursos. Finalmente, la participación de la comunidad en la toma de decisiones de los municipios es moderada y el modelo contempla la ampliación de espacios de decisión para la comunidad.

Cuadro 11
MODELO DESCENTRALIZACIÓN SECTOR SALUD EN COLOMBIA A PARTIR DE 1991

	CONDUCCIÓN SUPERVISIÓN REGULACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTEN- DO
			PERSONAL	OTRO	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud)	- Formula políticas - Dicta normas científico-técnicas y administrativas para la prestación de servicios. - Evalúa el cumplimiento de las políticas y la ejecución de los recursos. - Vigila aseguramiento y salud pública.	- Ayuda financiera a Hospitales Públicos con déficit - Presta asesoría en materia de financiamiento - Financia campañas y programas nacionales de prevención y atención	- Despidos se rigen por carrera administrativa	- Impulsa y coordina campañas y programas nacionales de prevención y atención	Elabora Plan nacional.
NIVEL INTERMEDIO (Departamento)	- Realiza la planeación y coordinación de los servicios en su jurisdicción - Asesora y apoya técnica, administrativa y financieramente a los municipios en la ejecución del gasto social - Evalúa, controla y hace seguimiento a la acción municipal - Vigila la calidad de los servicios	- Recursos propios - Crédito - Cofinanciación - Rentas cedidas a su recaudo y administración - Administra con alta autonomía la transferencia nacional obligatoria (Situado Fiscal)	- Fijación de sueldos - Nombramientos - Contrataciones	- Coordina y puede proveer servicio de 2º y 3º nivel - Contrata servicios que prestan a través de hospitales regionales, universitarios y especializados. - Ejecuta las campañas cuando le son delegadas y garantiza la operación de la red de servicios	Tienen potestad y obligación de elaborar los planes de salud en el marco de las políticas nacionales
GOBIERNO LOCAL (Municipios)	- Atiende Salud Pública - Planifica, evalúa y controla acciones de salud locales - Regula la operación de aseguramiento - Vigila la calidad de los servicios	- Recursos propios - Crédito - Cofinanciación - Participación obligatoria en ingresos corrientes de la nación - Algunos (municipios certificados) administran el Situado Fiscal	Algunos: - Nombramientos - Contrataciones	- Coordina y puede proveer servicio de 1º nivel de atención salud - Provee el Plan de Atención Básica	Elaboran planes de salud en el marco de políticas nacionales
UNIDAD DE PRO- DUCCIÓN (Empresas Prestadoras de Salud)	- Participa en Plan Local de Salud	- Recursos propios y venta de servicios a aseguradores y usuarios	- Administración Parcial	- Deben operar como Empresas Sociales del Estado.	
COMUNIDAD	- Participa en Plan Local de Salud	- Copagos y cuotas moderadoras		Participan en Juntas Directivas Empresas Sociales del Estado	

Fuente: Elaboración propia en base a Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997.

Nota: casillero no sombreado significa función teóricamente definida, aun no en práctica.

En síntesis, se trata de un modelo de descentralización acelerada; *amplio* en el sentido del contenido de las transferencias (provisión y aseguramiento) y de los niveles subnacionales involucrados (departamentos, municipios e incipiente al nivel de unidad de producción); que se da en un marco de profundas e innovadoras reformas del sector tendientes a modificar los mecanismos de asignación de recursos pasando a emplear una combinación de subsidios a la demanda y a la oferta, con un importante componente de equidad; y que otorga un significativo grado de autonomía a los niveles subnacionales. La revisión de la experiencia colombiana indica que a pesar de la coherencia interna del modelo, persisten aun problemas de implantación.

vi) México

La descentralización de los servicios de salud en México se inicia a comienzos de la década de los ochenta. Este proceso tuvo su origen en el nivel central y estuvo motivado por consideraciones políticas, fiscales y administrativas. En el plano político, la descentralización es una respuesta a las demandas acumuladas de una mayor descentralización del poder político por parte de los gobiernos estatales. En el plano fiscal es un intento de reducir las presiones sobre el presupuesto federal en un contexto de inestabilidad económica y fuertes desequilibrios fiscales. Finalmente, la descentralización estuvo motivada por la necesidad de racionalizar la oferta y mejorar la gestión al interior de las unidades locales.

El proceso de descentralización iniciado en 1983 se caracterizó por su gradualidad y adicionalmente por su limitada cobertura a nivel nacional. Fue un proceso gradual en el sentido que los estados seleccionados para participar del proceso en un primer momento, fueron aquellos que disponían de buena cobertura y bajos costos de homologación salarial, así como fue gradual en el sentido que en una primera instancia se descentralizaron las facultades operativas, pero no los recursos, los que serían descentralizados solamente una vez generadas las capacidades locales para el manejo presupuestario. Por otra parte, el carácter parcial del proceso de descentralización se refleja en el hecho de que, a pesar de que inicialmente se pretendía descentralizar todos los estados, hacia fines de 1987, solamente 14 de los 31 estados se habían incorporado al proceso.

En la práctica, en 1995, del Presupuesto Federal asignado a los estados, solamente el 21.9% de los recursos eran manejados por los estados, siendo el restante manejado centralmente (Bonilla J., 1996). El presupuesto descentralizado para los estados no descentralizados era del 21% de los recursos por ellos percibidos, o sea el 79% lo ejercía la Federación. En el caso de los estados descentralizados era el 23.9%, o sea, la descentralización de los recursos alcanzó solamente al 2.9% del presupuesto.

El modelo aplicado en México en este período, descrito en el cuadro 12, fue uno de descentralización al nivel intermedio, que careció de elementos explícitos de municipalización de los servicios y que no consideró una autonomía efectiva a los establecimientos proveedores. La autonomía de los estados en el manejo de los recursos estaba limitada a los gastos financiados con recursos propios, los que eran bajos. Adicionalmente, existían limitaciones en materia de planeación, control y disponibilidad de los recursos federales. Finalmente, el modelo no incorporó mecanismos efectivos de participación de la comunidad. Por todos los antecedentes anteriores, el modelo mexicano de comienzos de los ochenta puede ser tipificado como una *desconcentración parcial hacia el nivel intermedio*.

Como resultado, la descentralización de los ochenta tuvo pocos efectos tangibles en el control de los estados sobre los procesos y los recursos. Sin embargo, esta experiencia de descentralización y el fortalecimiento de los sistemas locales en los años posteriores, permitió iniciar la fase siguiente de descentralización, con recursos y personal capacitado y administrativamente desconcentrado a nivel subnacional.

A partir de mediados de la década de los noventa se inicia en México un proceso de descentralización de segunda generación, motivado por consideraciones políticas y sectoriales. En el ámbito político, se persigue renovar el federalismo, redistribuyendo competencias, responsabilidades y capacidades de decisión, y ampliando el ejercicio de los recursos fiscales, permitiendo de esa forma atender la especificidad de los problemas regionales y locales, dotando de mayor eficiencia y transparencia a la gestión pública (De la Fuente, Juan Ramón, 1996). La motivación sectorial estuvo estrechamente relacionada con la necesidad de superar la ineficiencia del sector, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención de salud. La población objetivo es la población abierta, esto es, aquella que es incapaz de pagar servicios privados y no está cubierta por alguna institución de seguridad social.

El modelo teórico que se intenta implantar en este período a partir del Acuerdo de 1996 contiene elementos que permiten caracterizarlo como un modelo de *devolución híbrida de facultades a los estados* (cuadro 13). A diferencia de la primera experiencia, el proceso correspondiente a la segunda fase que se inicia en agosto de 1996 fue rápido y se trata de un proceso que abarca a todos los estados de la República, pero que aun está en marcha¹⁹. En términos de competencias la descentralización de los servicios de salud contempla tanto el área financiera como el área programática. En forma similar a la experiencia anterior, no hay indicaciones explícitas respecto de avanzar hacia el nivel municipal, quedando la profundización del proceso al igual que en Argentina, sujeta a la iniciativa y voluntad política del nivel intermedio.

Se puede afirmar que la experiencia mexicana corresponde a un modelo de estatización de la salud, que pretende otorgar mayor autonomía a los estados en la definición de políticas y en la asignación presupuestaria, reservando al nivel central exclusivamente la función relativa a la normatividad en materia de salubridad general y la operación de actividades generadoras de externalidades. Se pretende descentralizar la totalidad del presupuesto de salud hacia el nivel estatal y eliminar, a partir de 1997, la intervención del nivel central en materia de distribución del presupuesto, aunque se mantienen indicaciones respecto de satisfacer el "irreductible de salud" (Paquete Básico de Salud). Se pretende conservar la autonomía fiscal sobre las cuotas de recuperación, esto es, que los recursos vinculados a las cuotas de recuperación (copagos) continúen considerándose recursos propios de las unidades médicas que las generan, las que han contribuido a una mayor capacidad de respuesta para atender situaciones de emergencia (Tovar y de Teresa, F., 1996).

Las transferencias de recursos financieros que realice la Secretaría de Salud al Gobierno del Estado para que éste se encargue de la operación de todas las unidades médicas y administrativas que recibe, están condicionadas al techo autorizado en el Presupuesto de egresos de la Federación, aprobado para cada ejercicio. El nivel central conserva la facultad de distribuir el presupuesto federal en materia de salud entre los estados y mediante una fórmula que será definida y en la cual se incorporen factores asociados con

las necesidades en materia de salud, las condiciones económicas y financieras de la entidad para hacer frente a dichas necesidades, los resultados de las evaluaciones y los aportes de recursos de los Estados en materia de salud. Las entidades federativas mantendrán su participación actual en el financiamiento de los servicios de salud y lo incrementarán según sus posibilidades.

La nueva normativa modifica el mecanismo de asignación presupuestaria desde un sistema basado en criterios históricos que propició severas inequidades en la distribución del presupuesto, hacia el establecimiento de una fórmula de asignación presupuestal que garantice mayor equidad, transparencia y menor discrecionalidad por parte de la Federación en la asignación de recursos. El nuevo mecanismo de asignación presupuestaria vigente desde 1996 es función de dos grandes variables; el Índice de marginación (pobreza) y la tasa de mortalidad estandarizada buscando detectar problemas y necesidades de cada estado.

El modelo contempla en el futuro programas compensatorios para regiones deprimidas y los sectores más vulnerables de la población. Se establecen políticas de compensación con el fin de preservar y mantener la unidad del sistema y al mismo tiempo, fortalecer a los estados y grupos más pobres. Por medio de fórmulas que tomen en cuenta los índices de rezago y desarrollo, se asignarán recursos complementarios para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios donde el rezago sea mayor²⁰. Como programa complementario se estableció el Paquete Básico de Servicios de Salud, idea impulsada por el Banco Mundial y la OPS a través de la cual se buscó proporcionar un paquete de servicios de bajo costo y alto impacto, que promueva la prevención de salud.

En la nueva fase que se está dando inicio recién a partir de la firma del Acuerdo del 20 de Agosto de 1996, hay diferencias significativas con el modelo anterior, en diversos aspectos. En primer lugar, en este caso el proceso abarca al conjunto de la República, los procedimientos son más explícitos y ha logrado superar las resistencias de las fuerzas centristas que se oponían a la descentralización e implica en forma simultánea la transferencia de recursos y responsabilidades. Adicionalmente, a diferencia del proceso anterior que definía los propósitos pero no precisaba las competencias y responsabilidades de las partes involucradas, el nuevo modelo parte de especificaciones claras al respecto e introduce organismos de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno. Se descentralizará en una secuencia que considera traspasar el presupuesto a los estados durante 1997, para posteriormente otorgar mayor autonomía en el diseño de estrategias de salud que sea acorde a las características demográficas, geográficas y epidemiológicas. Por último, la evolución del gasto desempeña un papel importante. Mientras en la experiencia de los ochenta el gasto en salud experimentó una contracción, en el proceso iniciado en 1996 se observa una voluntad política de avanzar en la descentralización notándose un incremento del gasto, lo que ha permitido reducir las fuentes eventuales de oposición al proceso.²¹

En síntesis, es posible caracterizar el nuevo modelo de descentralización que se instaure a partir de 1996 como uno de *devolución híbrida* al nivel intermedio, en el cual se transfieren recursos y responsabilidades a los estados. En este esquema hay un traspaso importante del poder de decisión en diversas materias, lo que no incluye el área de recursos humanos. Por otra parte, el nuevo modelo implica todavía una fuerte dependencia en materia de recursos por parte de los estados respecto del poder central.

Cuadro 12
MODELO DESCENTRALIZACIÓN SECTOR SALUD EN MÉXICO A PARTIR DE 1983

	CONDUCCIÓN SUPERVISIÓN REGULACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			PERSONAL	OTRO	
GOBIERNO CENTRAL (Secretaría de Salud)	Funciones normativas y rectoras	Autoriza y proporciona el financiamiento federal que se complementa con las aportaciones estatales.	Contrata. Define dotación de personal cada 5 años.	Adquisición de medicamentos.	Define Programa Nacional de Salud
NIVEL INTERMEDIO (14 de 31 Estados)	Dirección, coordinación y conducción operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario en materia de salud, en general concurrente.	Administra los recursos financieros federales mediante subsidio y aliento a las aportaciones estatales.	En 1994 se desconcentró la contratación de los mandos medios y el pago del personal en los estados descentralizados.	Operan y administran la atención médica a la población abierta (población no asegurada), la salud pública y el control sanitario. - Se transfiere en uso gratuito la infraestructura federal de los servicios (la propiedad queda a nivel federal.	
GOBIERNO LOCAL (Municipios)					
UNIDAD DE PRODUCCIÓN					
COMUNIDAD					

Fuente: Elaboración propia en base a Cardozo Brum M., 1993 y Ornelas C., 1998.

Cuadro 13
MODELO TEÓRICO DESCENTRALIZACIÓN SECTOR SALUD EN MÉXICO A PARTIR DE 1996*

	CONDUCCIÓN, SUPERVISIÓN, REGULACIÓN	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO
			PERSONAL	OTRO	
GOBIERNO CENTRAL Secretaría de Salud	Normar en materia de salubridad general. Definir y dirigir políticas, estrategias y programas nacionales de salud. Supervisar y evaluar. Coordinar el Sistema Nacional de Salud.	Planeación presupuestaria. Financiamiento del 100% Paquete Básico de salud. Establece lineamientos de presupuestación y financiamiento para la operación de la estructura administrativa a cargo de los servicios estatales de salud.	Revisa los catálogos de puestos y los sueldos, así como la creación de puestos que los gobiernos estatales propongan, los que somete para su aprobación a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	Opera el sistema Nacional de vigilancia Epidemiológica.	Define Programa Nacional de Salud
NIVEL INTERMEDIO Gobiernos Estatales Servicios estatales de Salud	-Diseño del programa estatal de salud. -Control y vigilancia sanitarios (en coordinación con Gobierno Federal). -Regulación sanitaria en materia de salubridad local y general concurrente.	Apoyar la formulación de los programas y presupuestos anuales que correspondan a la estructura administrativa encargada de los servicios estatales de salud.	Proponer modificaciones respecto de puestos y sueldos. Formular e instrumentar los programas de formación y desarrollo de recursos humanos. Se encarga de las Relaciones Laborales.	Operará los servicios de atención materno-infantil, planificación familiar. Operan y administran los recursos en las localidades y opera el Paquete Básico de Salud.	Define el contenido del Paquete Básico de Salud.
NIVEL LOCAL Jurisdicción Sanitaria ^a	Vigila el cumplimiento de la legislación sanitaria. Control y fomento sanitario en el ámbito de su competencia.		Administra los recursos humanos a su cargo.	- Responsable de la operación y promoción de los servicios de salud. - Elabora y ejecuta programas de ampliación de infraestructura y gestiona la asignación de recursos.	Elabora el diagnóstico jurisdiccional de salud en el ámbito de su responsabilidad.
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Centros de Salud)					
COMUNIDAD		- Copago			

Fuente: Elaboración propia en base a Narro José, 1996, Bonilla Javier, 1996, Ornelas C., 1998 y Acuerdo para la Descentralización de los Servicios de Salud, 1996.
^a Es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por territorio, que depende del nivel estatal.

vii) Nicaragua

La motivación central de la descentralización del sector salud desarrollada en Nicaragua a partir de 1992 está estrechamente asociada con el propósito de consolidar el nuevo papel del Estado, responsable de la formulación de políticas y principal responsable del financiamiento de los servicios, pero alejado de la gestión directa de los servicios de salud. Las motivaciones del proceso de descentralización del sector salud están asociadas a motivaciones de naturaleza económica e ideológica. Entre las primeras se persigue mejorar la asignación de recursos humanos, el abastecimiento de los insumos y la calidad de la atención. En el plano ideológico, la descentralización es concebida como un instrumento que permite consolidar la democracia y el proceso de participación social.

El modelo de descentralización de la salud implementado en Nicaragua, que se resume en el cuadro 14, consiste en una descentralización con limitaciones en la autonomía en materia de financiamiento. La descentralización se realiza a un nivel intermedio en 17 Sistemas Locales de Atención Integral de Salud -Silais-, que tienen una relación territorial próxima al nivel de Departamento. Se trata de un modelo que tiende a asemejarse a una *desconcentración híbrida al nivel intermedio* de la gestión administrativa correspondiente al manejo de los componentes de gasto operacional (bienes y servicios)²². Existe autonomía sobre las funciones transferidas, aunque en términos presupuestales, la importancia de dichas funciones es escasa. En este modelo, el rol del municipio no está claramente definido.

En efecto, el grado de descentralización presupuestaria es relativamente escaso, alcanzando solamente al 19% de los recursos presupuestales del nivel central (equivalentes a fondos asignados para la compra de bienes y servicios), siendo el resto, administrado centralmente por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas. Cabe destacar que en Nicaragua, los recursos presupuestales constituyen una fuente parcial de recursos dirigidos al sector salud siendo los recursos extrapresupuestales provenientes de la cooperación externa y de cuotas de recuperación de costos una fuente importante de financiamiento del sector salud. En particular, existen numerosos programas de apoyo discrecional a los Silais provenientes de distintas fuentes de cooperación externa. De esta manera, es difícil estimar el grado de autonomía efectivo de las unidades descentralizadas toda vez que se desconoce el monto y la distribución interterritorial de los recursos extrapresupuestales.

Las funciones asociadas con el financiamiento, la administración y contratación de los recursos humanos siguen centralizadas. El presupuesto de cada Silais es fijado centralmente por el Ministerio de Salud y éste es determinado a su vez por el Ministerio de Finanzas. El sistema de transferencias de recursos a los Silais sobre los cuales éstos pasaron a tener autonomía de gestión consistían de los servicios no personales y Materiales y suministros. Los volúmenes de recursos transferidos dependen del presupuesto del nivel central, vale decir, no existen mecanismos automáticos de traspaso de recursos. La importancia de los recursos descentralizados es escasa, representando solamente el 19% de los recursos presupuestales. El grueso del financiamiento, correspondiente a los servicios personales es administrado centralizadamente por el Ministerio de Finanzas. Sin embargo, debe considerarse que, a parte de los recursos descentralizados, existen recursos de coope-

ración externa y la recuperación de costos por venta de servicios al Instituto Nicaragüense de Bienestar y Seguridad Social que no tienen una contrapartida presupuestaria.

Por otra parte, la descentralización ha ido acompañada por importantes cambios en los mecanismos de asignación de recursos. En esta materia, se estableció un sistema de Contrato denominado *Compromiso de Gestión*, en el cual se especificaban metas a alcanzar en términos de productividad y satisfacción de los usuarios y salud pública de los Silais u Hospitales de Referencia Nacional. Este mecanismo solo tuvo aplicación en 1994 y 1995. En 1995 se introdujo una regla de distribución presupuestaria basada en el per-cápita corregido por un índice que recoge el estado de salud de la población, las características epidemiológicas, la prevención de salud y la accesibilidad al servicio. Sin embargo, la aplicación de este mecanismo estuvo fuertemente restringida por la necesidad de consensuar con los directores de los Silais la mantención de los presupuestos nominales en aquellos casos en que el cambio de sistema perjudicara al Silais y porque las transferencias de recursos son reducidas.

En cuanto a la participación, el modelo diseñado consideró como estrategia de reforma la democratización de la gestión de los Silais y la ampliación de la base de participación del sector salud mediante la creación de instancias participativas de la comunidad tanto a nivel nacional como local. Se crearon diversas instancias de participación: el Consejo Nacional de Salud²³ y Consejos Locales de Salud, y las Juntas Directivas en todos los Silais y en los Hospitales de Referencia Nacional.

El Consejo Nacional de Salud constituye una instancia de participación para la coordinación, vale decir, apoya al Ministerio de Salud en la generación de políticas. También se crearon los Consejos Locales de Salud, que actúan como ente coordinador al nivel Departamental. La responsabilidad general de las Juntas Directivas dice relación con la gestión, vale decir, con la definición de los Planes y programas de Trabajo de los Silais y Hospitales respectivos, así como la observación y evaluación de su ejecución. En la práctica, la efectividad de estas Juntas Directivas ha sido heterogénea, generándose en algunos casos, demandas de parte de las autoridades de los Silais y Hospitales por una mayor autonomía²⁴.

En síntesis, se trata de un modelo híbrido de desconcentración, con autonomía en el manejo de funciones muy específicas y con un grado relativamente alto de participación comunitaria. A pesar de que el proceso de implantación de los Silais fue relativamente rápido, el componente asociado a la municipalización de los servicios de salud ha sido lento y sin una agenda claramente definida. En términos de competencias, se trata de una descentralización parcial en la medida que solamente se descentralizó la gestión asociada al gasto variable, vale decir, no se descentralizó ni el personal ni las inversiones. Por otra parte, la ejecución del gasto permanece fuertemente centralizada y solamente algunos de los Silais definen el paquete de servicios a ser ofrecidos y tienen cierta autonomía para asignar los recursos.

Cuadro 14
EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN NICARAGUA A PARTIR DE 1992

	CONDUCCIÓN SUPERVISIÓN REGULACION	FINANCIAMIENTO	ADMINISTRACIÓN		CONTENIDO PROGRAMÁTICO
			PERSONAL	OTRO	
GOBIERNO CENTRAL (Ministerio de Salud y Ministerio de Finanzas en materia presupuestal)	- Asistencia técnica al Silais - Garantiza integralidad del Sistema Nacional de Salud - Norma, regula, monitorea y evalúa - Formula política sectorial nacional. - Coordinación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica a nivel nacional.	- Presupuesto centralizado en el Ministerio de Finanzas - Transferencia del 19% del presupuesto central a los SILAIS	- Ministerio de Finanzas aprueba contratación y administra el pago de salarios. - Ministerio de Salud es responsable de la contratación.	- Adquisición y distribución de insumos. - Nombra Directores de Silais, Hospitales y centros especializados, miembros de la Junta Hospitalaria y los Consejos Departamentales de Silais	Definición de Programas básicos y estrategias sectoriales
NIVEL INTERMEDIO (17 Silais) ^a	- Observa y evalúa ejecución de los Planes y programas de trabajo en su nivel territorial. - Coordinación territorial de los sistemas de vigilancia epidemiológica.	- Tiene autoridad para gestionar los recursos correspondientes a bienes y servicios. - Ingresos propios de venta de servicios diferenciados (al INSS).	- Responsable, junto con el Ministerio de Salud, de las contrataciones.	- Provisión del Servicio dentro de su territorio (ejecución de las políticas del Silais). - Coordina con sector privado y cooperación externa la prestación de salud en su espacio. - Recolecta información.	- Planificación de acciones de salud y saneamiento en su territorio.
GOBIERNO LOCAL (Municipios)				- Preservación del medio ambiente	
UNIDAD DE PRODUCCIÓN (Hospitales, Policlínicos, Centros de Salud)	- Observa y evalúa ejecución de los Planes y programas de trabajo en su nivel.	- Recuperación de costos (aunque es marginal).		- Ejecución de programas. - Generar información.	
COMUNIDAD (Consejo Nacional de Salud ^b , Consejo de Salud Departamentales; Consejo de Salud Municipales y Consejos de Dirección de Hospitales. Son todos órganos consultivos)	- Consejo Nacional de Salud apoya al Ministerio de Salud en la generación de políticas. - Junta Directiva participa en la definición final de los Planes y programas de Trabajo de los Silais, además evalúa su ejecución. - Junta Directiva participa en la definición final de los Planes y programas de Trabajo del Hospital, además evalúa su ejecución.	- Copago		- Aprueban presupuesto de ingresos y gastos. - Nombran autoridades de salud (Directores de Silais y Hospitales) - Participación de organizaciones comunales y voluntarios sociales, en acciones masivas de salud y en emergencias.	- Aprueban el Plan de Salud y Programas de Servicios según perfil epidemiológico - Junta Directiva apoya en materia de Planificación programática de los Silais y Hospitales de Referencia Nacional.

Fuente: Elaborado en base a Espinosa J., 1997 y Gómez J.P., 1997.

^a Los Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud - Silais- tienen una representación que corresponde cercanamente a los Departamentos. ^b Integrado por miembros de la sociedad civil, representantes de las organizaciones, instituciones civiles, gremios, sindicatos de trabajadores de la salud, Universidades, Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, empresa privada.

3. El grado de descentralización de los recursos públicos en salud

Una forma de determinar el grado de descentralización del gasto público en salud, se relaciona con el grado de autonomía que disponen las unidades locales en materia de ejecución presupuestaria²⁵.

En general, la profundidad de los procesos de descentralización medido en términos de ejecución presupuestaria tiende a ser baja, y ello obedece a que usualmente el recurso humano, que es el principal componente del gasto en el sector salud, permanece centralizado. Por otra parte, se observa en todos los casos una muy elevada dependencia del nivel central o nacional en términos de financiamiento, ello debido a que los sistemas de recaudación son altamente centralizados. Para efectos de estimación de la profundidad de los procesos de descentralización un buen indicador es la ejecución del gasto a cargo de cada nivel. Interesa entonces el monto de las transferencias y su naturaleza en términos del grado de autonomía del nivel subnacional sobre los recursos que dispone para los gastos²⁶.

A pesar de las restricciones para el análisis que plantea la ausencia de información confiable, los datos disponibles señalan financieramente los procesos más profundos de descentralización del sector salud son Argentina, Colombia y Brasil. En los dos primeros casos debido a importantes transferencias de recursos desde el nivel central hacia los gobiernos subnacionales, en tanto en el caso de Brasil, contribuye el elevado grado de descentralización fiscal que ha existido en el país. En México, a partir de 1996 se observa una importante profundización del proceso al traspasarse la administración de las Secretarías de Salud estatales a los estados. Por otra parte, la revisión de las experiencias de Bolivia, Nicaragua y Chile ilustran procesos de descentralización incipientes y no consolidados cuando son evaluados en función de indicadores financieros.

En Argentina, como se observa en el cuadro 15, las provincias, que son las responsables del recurso humano, son los principales ejecutores del gasto en salud. El grueso del gasto provincial es financiado a través de Rentas Generales y a través de transferencias de la Nación para programas específicos. Las rentas generales de las provincias se forman de dos componentes: recursos provenientes de la coparticipación federal (70%) y recursos propios provinciales (30%) (Vargas de Flood, 1997). Es decir, la principal fuente de financiamiento del sector público de salud corresponde a recaudaciones del nivel central.

En Brasil, las transferencias hacia los niveles subnacionales representan un porcentaje significativo de los recursos financieros de que disponen las unidades subnacionales. Si bien no existe información actualizada, es posible apreciar en el tiempo una importante variabilidad en la magnitud de las transferencias del gobierno federal, como resultado de irregularidades en las fuentes de financiamiento del sector y la ausencia de vínculos automáticos de las transferencias de la Unión. Como se observa en el cuadro 16, la participación del nivel central en el gasto se reduce en forma sustancial una vez descontadas las transferencias, reflejando una gran centralización de las responsabilidades financieras del gasto de salud al nivel de la Unión. Lo que ha habido en el caso de Brasil es principalmente una descentralización del gasto más que un aumento en la participación de recursos propios municipales y estatales en el financiamiento del sistema de salud, explicando en parte los problemas de financiamiento asociado al esquema brasileiro.

Cuadro 15
Argentina: Distribución Territorial de la Ejecución y Financiamiento
del Gasto Público en Salud, 1995 (En porcentaje)

	Total	Nivel Central	Nivel Intermedio	Nivel Municipal
Ejecución del Gasto	100	12.6	71.1	16.3
Financiamiento del Gasto Público después de Transferencias	100	14.9	75.9	9.0

Fuente: Vargas de Flood M.C., 1997.

Cuadro 16
Brasil: Distribución Territorial del Financiamiento del Gasto Público en Salud, 1990
(En porcentaje)

	Total	Nivel Federal	Nivel Intermedio	Nivel Municipal
Antes de Transferencias	100	74.6	13.5	11.9
Después de Transferencias	100	52.5	32.8	14.7

Fuente: Elaborado en base a Medici A., 1997.

Como resultado de la descentralización de la salud, en el caso de Bolivia los municipios han pasado a recibir mayores recursos como consecuencia de dos efectos, uno directo y otro indirecto. El primer efecto inducido por la descentralización dice relación con la reasignación de recursos y de la responsabilidad de gasto, mientras que el segundo, refleja el cambio experimentado por el gasto total en el sector el cual ha aumentado proporcionalmente más en los municipios.

Los municipios en Bolivia cuentan con recursos propios derivados de Patentes e Impuestos a la propiedad de bienes, pero de estos recursos, se desconoce el monto destinado a salud. Considerando solamente los recursos provenientes del presupuesto del nivel central y los recursos de coparticipación tributaria destinados a financiar la inversión en el nivel municipal, se tiene una situación en que la descentralización aparece muy profunda en el sentido que después de transferencias el nivel central solamente gasta el 11.6% del gasto público en salud. Sin embargo, la naturaleza de la transferencia que realiza el nivel central a los departamentos es de carácter tutelado, al consistir en fondos destinados al pago de planilla de recursos humanos completamente controlados por el nivel central. De esa forma, se señala en el cuadro 16 una tercera fila que indica la distribución territorial de los recursos según el nivel donde recae la autonomía de esos recursos. Al hacer este ejercicio se observa que el grado de descentralización es limitado y solamente equivale a los recursos de inversión provenientes de transferencias generales correspondientes a una porción del 20% de la coparticipación tributaria de los municipios.

Finalmente, en forma similar a Nicaragua, en el caso de Bolivia cabe señalar que la fuente de financiamiento correspondiente a la cooperación internacional es muy importante, estimándose que ésta equivale a más del 50% del presupuesto del nivel central para salud. Sin embargo, su distribución es desconocida, ignorándose por tanto, la distribución territorial del gasto en salud.

Cuadro 16
Bolivia: Distribución Territorial del Financiamiento del Gasto Público en Salud,
Programación 1996^a (En porcentaje)

	Total	Nivel Central	Nivel Intermedio	Nivel Municipal
Antes de Transferencias	100	100.0	n.d.	n.d.
Después de Transferencias	100	11.6	62.3 ^b	26.1
Según Autonomía sobre los Recursos	100	73.9	...	26.1

Fuente: Elaborado en base a Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997.

^a Solamente se considera la distribución del presupuesto del nivel central destinado a salud. Se desconoce el porcentaje de recursos propios de los gobiernos departamentales y municipales destinados al financiamiento de la salud. ^b Corresponde al pago de planillas de salud.

En Colombia, como se observa en el cuadro 18, la distribución territorial del financiamiento del gasto revela un importante grado de descentralización financiera de los recursos. Las transferencias generales que el gobierno central realiza a los niveles subnacionales presentan indicaciones relativas a la distribución sectorial del gasto, pero una vez en poder de los gobiernos subnacionales, esos recursos presentan un importante grado de autonomía.

Cuadro 18
Colombia: Distribución Territorial del Financiamiento
del Gasto Público en Salud, 1996
(En porcentaje)

	Total	Nivel Central	Nivel Intermedio	Nivel Municipal
Antes de Transferencias obligatorias	100	57	43	s.i.
Después de Transferencias	100	17	69	14

Fuente: Elaborado a partir de Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997.

En el caso de México, la información relativa a la distribución territorial del presupuesto Federal permite observar a partir de 1996 un aumento significativo en el grado de autonomía de las unidades subnacionales, cuando se comienza a aplicar el criterio de

distribución presupuestal hacia los estados. El proceso de descentralización que se inicia en 1996 marca un cambio significativo en la descentralización del presupuesto en relación a la experiencia de descentralización previa en que el nivel central ejercía un poder decisonal sobre más del 78% de los recursos federales, reduciéndose esa proporción a menos del 45% a partir de 1996 (cuadro 19).

Cuadro 19
México: Distribución Territorial del Presupuesto Federal
(En porcentaje)

	Total	Nivel Central	Nivel Intermedio	Nivel Municipal
1995	100	78.1	21.9	...
1996	100	42.9	57.1	...

Fuente: Bonilla J., 1996.

Finalmente, la revisión de la experiencia de descentralización en Nicaragua señala que en este país el grado de descentralización es limitado en la medida que el recurso humano permanece centralizado y los Silais solamente tienen poder de decisión sobre el 19% de los recursos, correspondientes al financiamiento de los gastos variables (cuadro 20). En este caso, y en forma similar al de Bolivia, se desconoce la distribución territorial de los cuantiosos recursos provenientes de la cooperación externa.

Cuadro 20
Nicaragua: Distribución Territorial del Financiamiento
del Gasto Público en Salud, 1996
(En porcentaje)

	Total	Nivel Central	Nivel Intermedio	Nivel Municipal
Antes de Transferencias	100	n.d.	n.d.	n.d.
Después de Transferencias	100	81.0	19.0	...

Fuente: Elaborado a partir de Espinosa J., 1997.

4. Análisis comparativo

La revisión de las experiencias de descentralización de la salud en América Latina indica que éstas muestran una gran variedad de patrones relacionados con la velocidad, la secuencia y la naturaleza del modelo implantado. Sin embargo, a pesar de estas diferencias, existen algunos elementos comunes entre los distintos países, los que se revisan a continuación.

La revisión de las experiencias de descentralización de la salud en América Latina sugiere que en la mayoría de los países, los procesos de descentralización del sector salud han sido impulsados desde el nivel central, y motivados por diversas consideraciones, no siempre vinculadas a razones sectoriales. Como se observa en el cuadro 21, las motivaciones predominantes de los procesos de descentralización de la salud han sido de naturaleza económica y política. Entre las primeras, la búsqueda de una mayor eficiencia técnica en la provisión del servicio ha sido la principal motivación, mientras que las consideraciones de equidad, casi sin excepción, han estado notoriamente ausentes en las experiencias de descentralización en la región. Respecto de las motivaciones políticas, han predominado aquellas asociadas con los objetivos de legitimización política, los cambios en la distribución del poder político, y las demandas crecientes de democratización.

Cuadro 21
Motivaciones de los Procesos de Descentralización de la Salud

	<i>ECONÓMICAS</i>			<i>POLÍTICAS</i>				<i>OTRAS</i>
	Eficiencia Técnica	Movilización de Recursos	Fiscal	Legitimización Política	Redistribución de Poder Político	Democratización	Control de Situaciones Conflictivas	
ARGENTINA								
BOLIVIA								
BRASIL								a
CHILE								
COLOMBIA								
MÉXICO (1983)								
MÉXICO (1996)								
NICARAGUA								

Fuente: Elaboración propia en base a Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997; Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997; Draibe S., 1997; Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996; Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997; Cardozo Brum, M., 1993 y Ornelas C., 1998; Espinosa J., 1997 y Gómez J.P., 1997. ^a Unificación del Sistema de Salud.

Las experiencias de descentralización de la salud en América Latina muestran una variedad de patrones en términos de la secuencia y gradualidad de estos procesos. En algunos casos la descentralización ha sido una imposición (Bolivia y Chile) en la cual mediante la tramitación de reglamentaciones se descentralizan de una vez las competencias en todos los niveles subnacionales pertinentes, mientras que en otros casos las jurisdicciones participan de un proceso gradual en el cual la política se aplica selectivamente a algunas de

ellas en función del cumplimiento de determinados requisitos o bien en esquemas opcionales o no obligatorios (México 1983) (cuadro 22).

En los países analizados es posible observar tres grupos de experiencias: i) aquellos países que descentralizaron de una vez a **un** nivel de gobierno subnacional o a alguna entidad situada en un nivel subnacional (Argentina, Chile, México y Nicaragua); ii) aquellos que descentralizaron de una vez a **más de un** nivel subnacional (Bolivia y Colombia) y iii) aquellos que descentralizaron en forma gradual a más de un nivel subnacional, estableciendo algún sistema de certificación para conseguir una determinada categoría de descentralización (Brasil).

De acuerdo a la experiencia de los países seleccionados, los modelos predominantes de descentralización en salud se pueden resumir en experiencias de devolución y desconcentración, de acuerdo al grado de traspaso de autonomía sobre el conjunto de las funciones, según se indica en el cuadro 23.

En el caso de los países seleccionados en este estudio, se observa que en general los países federales tienden a implantar modelos de devolución, mientras que los unitarios han tendido a implantar modelos de desconcentración. Las excepciones son Colombia, cuyo proceso de descentralización comprende una importante transferencia de recursos y de poder de decisión a las unidades subnacionales, constituyendo de esa forma un modelo de devolución, y el caso de México (1983-1995) en el cual la descentralización del período 1983-1995 tuvo carácter de desconcentración parcial hacia el nivel intermedio. Sin embargo, este último ha sido modificado con el fin de transferir mayor grado de autonomía y responsabilidades hacia el nivel estatal, tendiendo a configurar, teóricamente, un modelo de devolución.

En general, y especialmente en el caso de los modelos de devolución, se trata de situaciones híbridas. El factor principal que reduce el grado de autonomía de los niveles subnacionales, lo constituye el excesivo grado de dependencia de los recursos del nivel central y el manejo centralizado de los recursos humanos. El caso más puro de devolución dentro de los analizados es el argentino, donde, si bien el gasto en salud que mayoritariamente es ejecutado por el nivel provincial es financiado con recursos provenientes del nivel central, la naturaleza de ese financiamiento es de libre disponibilidad de parte de las provincias. En el caso del Brasil, el financiamiento que reciben los municipios está sujeto a fluctuaciones al no existir un sistema de vinculación con el presupuesto central, que garantice cierto nivel de gasto. Finalmente, en el caso colombiano si bien los niveles subnacionales gozan de una amplia autonomía en el manejo de las transferencias, que en este caso son de naturaleza vinculadas al estar predeterminadas por mandato constitucional, el diseño de las transferencias hacia el sector salud contempla diversas especificaciones relativas al uso general de los recursos. Por el lado de los recursos humanos, en general, salvo en Argentina y en Brasil, los recursos humanos constituye el área donde en forma mayoritaria se sigue manejando en forma centralizada. En gran parte ello obedece al régimen de carrera administrativa al cual están sujetos los funcionarios del sector.

Cuadro 22
Secuencia y Velocidad de los procesos de descentralización del sector Salud

	<i>Por Nivel</i>	<i>Por competencia</i>	<i>Por Área Geográfica</i>
Argentina	-Dos etapas de descentralización a las Provincias (desde 1955 y luego desde 1978) -Desde 1978 alguna municipalización y descentralización hacia el centro productor (Hospitales autogestionados)	Traspaso amplio de competencias Diseño y Regulación, Financieras, Administrativas y Programáticas a las Provincias.	Gradual hasta 1992. Se completa en 1992 hacia todas las Provincias en un proceso de carácter no voluntario. Proceso rápido a partir de 1992.
Bolivia	1994 Descentralización de la provisión a nivel municipal. 1995 Delegación de responsabilidades de Departamentos.	Competencias compartidas definidas y asignadas al comienzo del proceso.	No hay requisitos. Reforma rápida (3 años), pero aun en proceso. Normas se aplican de una vez a todos los Departamentos y Municipios.
Brasil	- Descentralización implica transferencia de competencia al nivel estadual (papel estratégico) y municipal.	Competencias definidas al comienzo del proceso: Unión papel normador; Estados papel estratégico; y municipios a cargo de la gestión. Para municipios y estados se definen distintos grados de autonomía en las competencias transferidas según la modalidad de descentralización en la cual sean calificados.	Se aplica a todos los entes federados según modalidad de gestión solicitada (incipiente, parcial y semi-plena).
Chile	Atención Primaria al Nivel Municipal.	Parcial. Solo la gestión operativa.	Rápida. Cobertura total de Municipios.
Colombia	Atención primer nivel a los municipios simultánea a atención de segundo y tercer nivel a los departamentos.	Amplia, aunque subsisten restricciones en el mercado de trabajo.	La mayor parte de las responsabilidades y los recursos para atenderlas fueron entregados a partir de 1994. Existe un mecanismo de certificación para departamentos y municipios.
México (1983-1995)	Descentralización hacia los Estados. No hay indicación explícita a la Municipalización.	Parcial. Solo Administración de Atención de Salud.	Lento. Entre 1983 y 1995 cobertura parcial (sólo 14 de los 31 estados). Los estados fueron seleccionados. Los estados, a su vez, podían aceptar o no la transferencia.
México (1996)	Descentralización hacia los Estados. No hay indicación explícita a la Municipalización.	Definición de Políticas en su ámbito (conurrencia), Gestión y Recursos.	Rápido. No hay requisitos. Todos los Estados. 1996 fue un año de transición en el cual el nivel central en forma estrecha a los estados definió asignación de los presupuestos estatales.
Nicaragua	- Descentralización de la gestión hacia los Silais. - Municipalización de los servicios no ha avanzado.	- Descentralización parcial de competencias: solamente se descentralizó la gestión asociada al gasto variable.	- Proceso creación de Silais rápido, con cobertura total. - Existe una asociación territorial con los Departamentos. Silais presentes en todos los Departamentos.

Fuente: Elaboración propia en base a Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997; Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997; Draibe S., 1997; Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996; Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997; Cardozo Brum, M., 1993 y Ornelas C., 1998; Espinosa J., 1997 y Gómez J.P., 1997.

Respecto del grado de descentralización, cabe señalar que la importancia de las transferencias, así como los sistemas de transferencia o asignación presupuestaria a los niveles subnacionales son diversos según el país. Lo anterior se deriva del hecho que en estricto rigor, no existen modelos de devolución puros en los cuales los gobiernos subnacionales gocen de total autonomía y que, en consecuencia deban responder al electorado, en lo que sería un modelo de tipo Elección Fiscal, sino que el modelo predominante es uno de Agente-Principal, en el cual los gobiernos subnacionales son responsables frente al nivel central.

Cuadro 23
Modelos de Descentralización Predominantes de la
Atención Primaria de Salud en Países Seleccionados

	<i>Devolución</i>			<i>Desconcentración</i>			<i>Instancias de Participación de la Comunidad</i>
	<i>I</i>	<i>L</i>	<i>U</i>	<i>I</i>	<i>L</i>	<i>U</i>	
Argentina	H		H				No
Bolivia				H	H		Si
Brasil		H					Si
Chile							No
Colombia ^a		H					Incipiente
México (1983)							No
México (1996)	H						No
Nicaragua				H			Si

Fuente: Elaboración propia.

I = Nivel Intermedio (Provincia, Estado o Departamento)

L = Nivel Local (Municipios)

U = Unidad de Producción (Centros de salud, Postas u Hospitales)

H = Modelo Híbrido

^a El modelo contempla una descentralización del segundo y tercer nivel de atención de la salud al nivel de departamento y una devolución del nivel primario de atención al nivel local.

A partir del cuadro 24 que resume los modelos de descentralización del sector salud adoptados en los países analizados, se observa claramente la heterogeneidad de las experiencias en términos de las funciones traspasadas y de los niveles involucrados en el proceso. La experiencia de los países analizados sugiere que no existe un único modelo de descentralización de la atención primaria de salud en la región, sino que existen experiencias individuales en donde la única tendencia común que es posible apreciar es el reforzamiento del rol regulador, normativo y definidor de la política nacional de salud a cargo en el nivel central, y la tendencia a descentralizar la gestión asociada a la provisión de los servicios de atención de salud hacia los niveles subnacionales. En relación a la descentralización microeconómica o al nivel de la unidad productiva, se observa que solamente ha sido

incorporada en forma explícita y profunda en Argentina, con el modelo de autonomía hospitalaria, aunque aparece en forma incipiente en Colombia con la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado.

Finalmente, cabe destacar que tampoco existe un patrón determinado en relación a la participación de la comunidad entre los diferentes tipos de modelos. Si bien en general la participación de la comunidad en el proceso de provisión, control o definición de políticas de salud es deficiente, existen casos donde al menos se han realizado esfuerzos de creación de instancias de participación.

Cuadro 24
Modelos de descentralización del sector salud en países seleccionados

Argentina (1978)

	C,R,S	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

Brasil (1990-1993)

	C,R,S	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

Bolivia (1994-1996)

	C,R,S	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI	T				
GL	T				
UP					
C	T				T

Colombia (1991)

	C,R,S	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C	T				

Chile (1981)

	C,R,S	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

Nicaragua (1992)

	C,R,S	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

México (1983-1995)

	C,R,S	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

México (1996 en adelante)

	C,R,S	F	A		P
			RH	O	
GC					
NI					
GL					
UP					
C					

Fuente: Elaboración propia.

GC = Gobierno Central; NI = Nivel Intermedio; GL = Gobierno Local; UP = Unidad Productiva y C = Comunidad. C,R,S = Conducción, Regulación y Supervisión; F = Financiamiento; A = Administración; RH = Recurso Humano; O = Otras funciones ligadas con la administración; P = Programación y T = Función teórica.

IV. ELEMENTOS PARA UNA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD

1. Algunas tendencias iniciales del impacto de la descentralización

En esta sección se sistematizan las principales tendencias que las experiencias de descentralización de los servicios de salud señalan en materia de eficiencia y equidad. El análisis que se presenta a continuación enfatiza los aspectos cualitativos asociados a la consistencia de los procesos de descentralización implementados en la región. Una evaluación cuantitativa basada exclusivamente en los resultados de estos procesos no es posible todavía, principalmente debido a la ausencia de información comparativa y a que los procesos no se han decantado aún.

a) Eficiencia social

En materia de eficiencia social los resultados son muy variados y reflejan, en una medida importante, las diferencias en las motivaciones que han servido de base a los procesos de descentralización implementados en cada país.

El cuadro 25 resume el impacto de los procesos de descentralización sobre el grado de autonomía de los niveles subnacionales y el grado de participación de la comunidad en los procesos de toma de decisiones. Se puede apreciar allí, un avance significativo en algunos países en materia de autonomía. Como se observa en el cuadro sintético 26, esta situación contrasta con el escaso avance que se ha logrado en materia de participación de los usuarios en los servicios de salud, lo que ciertamente reduce los incentivos para participar activamente en la gestión y control o supervisión de los sistemas locales de salud.

En general, en aquellos países donde la descentralización ha sido motivada por consideraciones de democratización, se observan mayores avances en materia de participación de la comunidad (Brasil y Nicaragua), mientras en el resto, la importancia asignada a la creación de instancias o canales de participación ha sido más bien limitada. Por otra parte, los escasos avances en materia de participación reflejan en una medida importante la aleatoriedad de la relación entre los usuarios y el sistema de salud, lo que reduce los incentivos de la comunidad a una participación de carácter más activo.

En **Argentina** el modelo de descentralización de la salud ha implicado una gran autonomía a las provincias en materia de definición de las políticas, ejecución de programas, contenido programático y administración de los establecimientos. El amplio margen de acción por parte de las provincias generó múltiples respuestas a nivel de cada provincia en

relación a la descentralización intra-provincial, pero en general el proceso dio origen a sistemas de salud provinciales altamente centralizados, aunque hay respuestas diferentes en relación a la descentralización hacia el nivel municipal. De esta forma, es difícil precisar hasta qué punto los sistemas provinciales de salud son el reflejo de las preferencias locales, aunque es posible suponer que la eficiencia social no ha mejorado como resultado de la descentralización en lo que concierne a las expresiones de la población ya que el modelo de descentralización no ha contemplado en forma explícita la creación de instancias de participación de la comunidad. La única manera en que ésta se expresa es a través de la elección de los gobernadores.

En **Bolivia** existen desafíos pendientes en materia de eficiencia social. Particularmente porque el modelo de descentralización por factores hace necesario que la población revele sus preferencias a más de una instancia. Sin embargo, la existencia de una escasa demanda por los servicios de salud²⁷ y de una tradición centralista fuertemente enraizada, han limitado en forma significativa la demanda por participación de la comunidad en materia de gestión y control. Por otra parte, la oferta de canales participativos es aun escasa, limitándose en la actualidad a los Comités de Vigilancia creados a partir de la ley de participación popular que tienen representación en las Direcciones Locales de Salud (DILOS) que participan en la gestión a nivel local. Los canales de participación a nivel departamental, por su parte, son aun más escasos y a nivel nacional prácticamente inexistentes.

Respecto de la evaluación del modelo boliviano en lo que respecta a eficiencia social, cabe mencionar también que la actual asignación de funciones dificulta la incorporación de todos los costos en las decisiones de inversión municipal. A nivel municipal las decisiones de gasto son independientes de las tarifas y de los criterios de determinación de las tasas impositivas, lo que genera claramente una distorsión que induce a demandar servicios sin incorporar en la práctica la restricción presupuestaria relevante.

En **Brasil**, a pesar de que subsisten reclamos generales en cuanto a la demora en la atención de salud, en las localidades investigadas es casi unánime el reconocimiento de un mejoramiento en la cobertura y la calidad de los servicios de salud. La mejor atención se expresa en la mayor agilidad, en su carácter más integrado y completo, reducción de personas en espera en cada puesto, así como en la distribución de medicamentos. La percepción de mayor satisfacción por parte de los directores de los centros es menos generalizada. Es importante señalar que se observó una relación positiva entre percepción de mejoría y grado de autonomía de la gestión, la que según la evidencia recogida, ha aumentado en forma significativa como resultado de la descentralización.

El modelo de descentralización de la salud en Brasil, considera la creación de diversas instancias de participación en los distintos niveles subnacionales (Consejos Municipales, Estaduales y Nacionales), lo que ha incrementado los canales y espacios de participación social, particularmente en los municipios medianos y grandes. Sin embargo, en la práctica las atribuciones de las unidades locales no están claramente definidas y persiste un amplio grado de control sobre el proceso de toma de decisiones por parte del nivel central. En efecto, teóricamente los consejos, que son considerados una forma de participación popular, están a cargo de la política de salud y en consecuencia, teóricamente

la dirección de la salud estaría a cargo de la población. Asimismo, en teoría, el Ejecutivo y el gobierno no desempeñan ningún rol en la formulación de la política de salud y se concentra en la aplicación de las decisiones de los Consejos, por el contrario, existe una superposición de funciones que tiende a generar una fuerte tensión entre los Consejos y el Ejecutivo. Por otra parte, no está clara la naturaleza de la representación, no existiendo una representación popular amplia del consumidor, fundamentalmente debido al carácter aleatorio de la relación entre el usuario y la oferta de salud.

En el caso de **Chile** los avances en materia de eficiencia social han sido muy limitados y, en algunos aspectos, la descentralización ha deteriorado la percepción de los usuarios respecto del servicio prestado. Este deterioro refleja fundamentalmente la fuerte caída que experimentó el gasto en salud durante los ochenta y adicionalmente, la falta de recursos y de personal calificado de las unidades locales. En general, la evaluación generalizada del proceso de descentralización de atención primaria de salud es negativa.

En el caso de **Colombia**, los escasos avances en materia de participación contrastan con los importantes avances alcanzados en materia de autonomía. El estudio de la experiencia colombiana permitió verificar un importante progreso en materia de autonomía tanto a nivel departamental como a nivel municipal en diferentes áreas, como en: el área financiera, organización de los servicios, gestión de recursos humanos, atención de los pobres, toma de decisiones y coordinación con otros sectores. Sin embargo, el grado de autonomía para asignar los recursos de los departamentos y municipios se ve disminuida por el establecimiento de normas que definen con excesivo detalle los montos y usos de los recursos territoriales destinados a salud. Esto obliga a los departamentos y municipios a crear instancias burocráticas que reducen la eficiencia.

A nivel microeconómico, los directores de los hospitales perciben que ha habido ganancias en autonomía de gestión para las instituciones prestadoras de servicios de salud. Junto con lo anterior, existe consenso respecto de las importantes ganancias en la calidad de los servicios de salud. La gestión descentralizada ha permitido, en general, una mayor disponibilidad de medicamentos esenciales y suministros, mejor atención profesional y mayor cobertura o intensidad de acciones preventivas o promocionales.

El área de participación ciudadana ha sido la de menor avance en el proceso de descentralización del sector salud en Colombia. Si bien existe evidencia de organización de los usuarios de servicios de salud en algunos municipios, a juicio de los directores de los hospitales éstos no han ejercido una influencia significativa en la organización y calidad de la prestación de servicios.

En **México**, la experiencia de 1983-1995 mostró un bajo nivel de autonomía respecto de las decisiones relativas al uso de los recursos, así como respecto de la facultad de evaluar y supervisar el desempeño de los servicios estatales de salud. Con el nuevo modelo de descentralización se transfiere una gran autonomía a los estados, pero, el resultado puede ser algo similar al caso argentino en el sentido que es posible que se repliquen numerosos sistemas de salud centralizados en el nivel intermedio. Las ganancias de eficiencia dependerán en última instancia de la capacidad de cada estado de representar las preferencias locales en salud y ello a su vez dependerá del rol asignado a los municipios, de los mecanismos de representación comunitaria y de la coordinación entre los distintos niveles.

Cuadro 25
Autonomía y Participación en el Sector Salud: Evidencia en países seleccionados

	<i>Autonomía de los Niveles Subnacionales</i>	<i>Participación de la Comunidad</i>
Argentina	* Provincias tienen plena autonomía sobre la gestión, el financiamiento, el contenido programático de cobertura provincial y las políticas de salud. * Hospitales autogestionados tienen gran autonomía en la gestión.	* No existen canales formales de participación de la comunidad.
Bolivia	* Aumentó a nivel municipal, pero existen factores exógenos que limitan su expresión. * A nivel departamental es baja debido a alta centralización del financiamiento.	* Aumentó con la ley de Participación Popular. Sin embargo, muy heterogénea la situación entre municipios. Persiste cultura centralista.
Brasil	* En materia de autonomía de gestión ésta ha aumentado en forma significativa, toda vez que la Prefectura Municipal ha aumentado su autonomía en la contratación de personal, elaboración de programas, definición de jornada de trabajo, ejecución de gastos e introducción de innovaciones.	* Se han creado instancias de participación en los distintos niveles subnacionales, pero en la práctica muestran problemas de representatividad y un grado de influencia heterogéneo.
Chile	* Muy bajo debido a alta centralización del financiamiento y a que los municipios y los Servicios de Salud cumplen básicamente un rol de intermediación financiera entre el nivel central y los propietarios de insumos. Niveles subnacionales no tienen autonomía en el área programática, pero si en el manejo de los recursos humanos.	* Muy baja. No ha habido progresos formales, sin embargo existen esfuerzos informales de creación de instancias de participación.
Colombia	* Grado de autonomía para asignar recursos de los departamentos y municipios ha aumentado. * Autonomía limitada para los hospitales. Sin embargo, a ese nivel existe percepción de que se ha ganado autonomía, aunque subsisten dificultades para definir las responsabilidades sobre el pasivo previsional y para tener mayor autonomía en la gestión de recursos humanos.	* Es el área de menor avance en el proceso de descentralización del sector salud. Si bien existe evidencia de organización de los usuarios en algunos municipios, esta es escasa y poco influyente.
México (1983-95)	* Bajo nivel de autonomía respecto de las decisiones relativas al uso de los recursos, así como respecto de la evaluación.	* Baja y no se crearon instancias de participación.
Nicaragua 1992	* Los Silais tienen autonomía de gestión sobre el 19% de los recursos presupuestales. Ejercen un control sobre los gastos variables, pero no sobre el factor trabajo ni en el capital.	* Se han creado instancias formales de participación en los Silais, sin embargo, el grado de influencia y su funcionamiento es heterogéneo.

Fuente: Elaboración propia en base a Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997; Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997; Draibe S., 1997; Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996; Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997; Ornelas C., 1998; Gómez J.P., 1997 y Espinosa J., 1997.

Cuadro 26
América Latina: Autonomía y Participación en la Atención Primaria de Salud
en siete Países Seleccionados

	GRADO DE AUTONOMÍA			GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD		
	BAJO	MODERADO	ELEVADO	BAJO	MODERADO	ELEVADO
REGULACIÓN; SUPERVISIÓN Y DISEÑO DE POLÍTICA	BOLIVIA (Munic./Dptos.) CHILE (Municipios)	COLOMBIA (Dptos./Munic.) MÉXICO (Estados) NICARAGUA (Silais/Hospitales)	ARGENTINA (Provincias)	ARGENTINA BOLIVIA CHILE MÉXICO	BRASIL COLOMBIA NICARAGUA	
FINANCIAMIENTO	BOLIVIA (Departamentos y Municipios) CHILE (Municipios) MÉXICO (Estados) NICARAGUA (Silais)	COLOMBIA (Dptos./Munic.) BRASIL (Estados/Munic.)	ARGENTINA (Prov./Hospitales)	ARGENTINA BOLIVIA BRASIL CHILE MÉXICO NICARAGUA	COLOMBIA	
ADMINISTRACIÓN DEL RECURSO HUMANO	MÉXICO (Estados) NICARAGUA (Silais)	BOLIVIA (Dptos./Munic.) CHILE (Munic./Regiones) COLOMBIA (Dptos./Munic.)	ARGENTINA (Provincias) BRASIL (Municip./Estados)	ARGENTINA BOLIVIA BRASIL CHILE COLOMBIA MÉXICO NICARAGUA		
GESTIÓN		BOLIVIA (Dptos./Munic.) CHILE (Municipios) MÉXICO (Estados) NICARAGUA (Silais)	ARGENTINA (Prov./ Hospitales) BRASIL (Municipios) COLOMBIA (Dptos./Munic.)	ARGENTINA BOLIVIA BRASIL CHILE MÉXICO	NICARAGUA COLOMBIA	
ÁREA PROGRAMÁTICA	BOLIVIA (Departamentos) CHILE (Municipios)	BRASIL (Munic./Estados) MÉXICO (Estados) NICARAGUA (Silais)	ARGENTINA (Provincias) COLOMBIA (Dptos./Munic.)	ARGENTINA BOLIVIA BRASIL CHILE MÉXICO	NICARAGUA COLOMBIA	

Fuente: Elaboración propia. * Solamente en planes provinciales de cobertura de determinadas endemias.

Actualmente la participación de la comunidad es mínima. Los modelos de descentralización diseñados no han considerado instancias explícitas de participación comunitaria y se han caracterizado por dirigir el proceso desde el centro, otorgando un papel coordinador central al Consejo Nacional de Salud entre las instancias estatales y el nivel central. Este Consejo ha realizado una labor significativa en identificar las necesidades territoriales en materia de cobertura y calidad del servicio y en proponer vías de solución a los mismos, sobre una amplia base de información, lo cual constituye un paso importante para comenzar a avanzar en la dimensión de eficiencia social.

En Nicaragua, los Silais tienen autonomía de gestión sobre el 19% de los recursos presupuestales. Tienen participación en la propuesta de contratación de personal, pero no tienen poder de decisión. Ejercen un control sobre los gastos relacionados con la operación, pero no sobre los factores trabajo y capital. En 1994 se había conseguido constituir Juntas Directivas en todos los Silais y en los 5 Hospitales de Referencia Nacional de Managua. Sin embargo, la experiencia en las Juntas Directivas es muy variable y no responde a un patrón definido, encontrándose experiencias positivas y otras en las cuales las autoridades de los Silais y de los hospitales demandan un mayor grado de autonomía. Lo anterior ha llevado a dejar sin efecto las resoluciones que creaban algunas de las Juntas Directivas y se ha convertido en un mecanismo de participación cuyo futuro es incierto.

b) Eficiencia técnica

Las ganancias o pérdidas de eficiencia técnica como consecuencia de un proceso de descentralización pueden tener múltiples manifestaciones en diversos indicadores. No obstante, debe tenerse siempre presente que en las alteraciones de los indicadores de eficiencia técnica pueden incidir una variedad de factores que pueden estar operando de manera simultánea al proceso de descentralización. Del análisis de casos nacionales, la información en general no permite generar indicadores de costo-impacto asociados directamente al proceso de descentralización, razón por la cual el análisis que se realiza a continuación es de carácter indirecto y se basa en indicadores intermedios o de insumos.

Las ganancias de eficiencia han representado tradicionalmente la motivación económica principal de los procesos de descentralización implementados recientemente en América Latina. Sin embargo, la evidencia que aportan las experiencias analizadas sugiere que los resultados de la descentralización del sector salud en materia de eficiencia técnica han tendido a ser, en algunos casos ambiguos y en otros, limitados (véase cuadro 27). Pero, por otra parte, la evidencia también sugiere que existe un potencial de ganancias de eficiencia asociado a políticas correctivas dirigidas a atacar los diversos factores que limitan tales ganancias. Entre ellos cabe señalar el manejo de los incentivos asociados a la administración del recurso humano (vínculo entre productividad y salarios, flexibilización del mercado laboral y capacitación de acuerdo a las nuevas funciones); la flexibilidad en la ejecución del gasto; los mecanismos de coordinación vertical; la planificación a nivel local; regulación que permita reducir las distorsiones técnicas asociadas a consideraciones de escala; los problemas asociados al financiamiento (incentivos, cuotas de recuperación o composición del financiamiento) y a la organización del sistema (informatización). En relación a los incentivos, un importante factor determinante de las ganancias de eficiencia

es la capacidad de establecer los incentivos adecuados que contribuyan a una mejor utilización de los recursos existentes. En general, en varios países persisten criterios de asignación de aquellos recursos vinculados con las transferencias sectoriales, que mantienen la inercia del enfoque de subsidio a la oferta que tradicionalmente ha predominado, no existiendo una relación entre los recursos transferidos al sector y los resultados y/o las necesidades del sector.

La experiencia de autonomía hospitalaria en **Argentina** es ilustrativa de las potencialidades que ofrece la descentralización microeconómica en materia de ganancias de eficiencia. En este caso existe evidencia ambigua respecto del impacto sobre la asignación de recursos de un proceso de descentralización. Por un lado, el proceso de descentralización hospitalaria que ha permitido la derivación de las áreas de compra a los hospitales, ha implicado una mejora en la asignación de recursos. Asimismo, al nivel de análisis microeconómico, existe evidencia de un mejoramiento de algunos indicadores generales asociados a la cobertura de las prestaciones. Sin embargo, la evidencia también sugiere que el proceso de descentralización no ha sido acompañado de una mejora significativa en la gestión, como resultado de la carencia de habilidades administrativas y organizacionales al interior de las unidades descentralizadas y de la mantención de normas obsoletas.

La experiencia argentina ilustra la estrecha relación entre la estructura de incentivos prevaleciente y la eficiencia. En general, la ausencia de una vinculación entre salarios y productividad es uno de los principales factores que ha limitado las eventuales ganancias de eficiencia que pueden surgir de un proceso de descentralización. La incorporación de criterios de productividad en la determinación de los salarios es un desafío pendiente en Argentina y requiere, ciertamente, vencer diversos obstáculos culturales y operativos. Entre estos últimos, la ausencia de indicadores de productividad consistentes representa en la actualidad una de las principales restricciones que enfrenta la implementación de sistemas de remuneraciones basados en la productividad de los funcionarios.

Por su reciente trayectoria, el proceso de descentralización de la salud en **Bolivia** no es susceptible de ser evaluado en términos de indicadores previos y posteriores al proceso. De manera que a continuación se presentan algunos elementos que permiten ilustrar algunas preocupaciones respecto de la posible evolución del nuevo sistema y su impacto en materia de eficiencia.

Un primer ámbito de preocupaciones es el de la integración del sistema de salud y la coordinación que el modelo demanda. La falta de integración del sistema público de salud puede estar contribuyendo a una deficiente utilización de la infraestructura existente y a una inadecuada asignación de personal médico. Por ejemplo, el funcionamiento aislado de cada una de las instituciones de la Secretaría Nacional de Salud Pública y la Seguridad Social limita las opciones disponibles a la población y no permite aprovechar la posible competencia regulada que estimularía la eficiencia técnica. Por otra parte, el modelo boliviano requiere de un alto grado de coordinación vertical con el objeto de asegurar una eficiente asignación de recursos al interior del sector. En este ámbito, no se observan mayores avances y representa uno de los principales desafíos que plantea el modelo de descentralización vigente.

Un tema no resuelto en el caso de Bolivia, se refiere a la inconsistencia entre la mayor autonomía que el proceso de descentralización ha otorgado a los niveles locales y territoriales y la mantención de un esquema de transferencias al sector basado en la existencia de subsidios a la oferta, que no reflejan necesariamente las necesidades o demandas de las unidades locales.

La experiencia de Bolivia también ilustra con claridad la tensión existente entre los procesos de descentralización y la explotación eficiente de las economías de escala. La actual normativa ha estimulado la creación de redes de servicios independientes en cada una de las jurisdicciones territoriales. Esto se ha traducido en algunos casos, en la creación de unidades hospitalarias con niveles importantes de subutilización de la capacidad instalada. La ausencia de regulación en esta materia podría llevar a generalizar los problemas de subutilización de la capacidad instalada que existen actualmente, o en su defecto, a estimular programas de infraestructura que no explotan adecuadamente las economías de escala involucradas.

Finalmente, y en forma similar a la mayoría de los países estudiados, la experiencia boliviana permite ilustrar las restricciones que plantea a un proceso de descentralización la ausencia de personal calificado y de instrumentos de gestión en los distintos niveles de gobierno que comparten la administración de la atención de salud.

En síntesis, la eficiencia técnica en Bolivia enfrenta numerosos desafíos vinculados con la introducción de criterios técnicos en la asignación de recursos, el fortalecimiento de la capacidad institucional, la coordinación adecuada entre las diversas instancias que participan en el proceso de financiamiento y provisión de la salud, y la fiscalización y retroalimentación que permitan un efectivo control social.

En **Brasil**, el estudio de campo realizado en un grupo de municipios seleccionados sugiere que, a pesar de la mayor disponibilidad de recursos generados por el proceso de descentralización, los avances en materia de eficiencia técnica han sido escasos. Esto refleja principalmente la carencia de planificación que ha caracterizado la experiencia de descentralización de los servicios de salud en Brasil y la ausencia de incentivos a una mayor eficiencia derivado del mecanismo de transferencias basado en el criterio de remuneración por atención prestada, sistema que tiende a fomentar un alto costo del sistema. En particular, la ausencia de mecanismos regionales y locales que sustituyan las funciones centrales de supervisión y control, la falta de políticas de capacitación funcionaria en los niveles locales y la ausencia de sistemas modernos y ágiles de monitoreo de los servicios locales, han limitado las posibles ganancias de eficiencia del proceso de descentralización.

Por otra parte, al igual que en el caso de Bolivia, el proceso de descentralización de la salud, a través del cual se confiere un elevado grado de autonomía al nivel municipal, ha implicado un considerable incremento del poder político de los actores locales y ha incentivado una excesiva autonomía del nivel local, que puede llegar a romper con los principios estructuradores del sistema, entre ellos, el sistema de referencia y contrarreferencia. Ejemplo de ello se verifica en los constantes proyectos y prácticas municipales de construcción hospitalaria en municipios pequeños o medianos, eventualmente capaces de

soportar la inversión inicial, pero casi siempre incapaces de financiar la mantención y operación del sistema.

Finalmente, el carácter caótico de la municipalización de la salud en Brasil indica la presencia de comportamientos muy diferentes entre municipios en relación a la prestación del servicio. El sistema funciona de manera tal que existen una serie de convenios entre el SUS y los hospitales públicos o privados, a través de los cuales los pacientes son atendidos. Por otra parte, el financiamiento de la atención, a cargo del Ministerio de Salud, está garantizado y opera mediante un mecanismo a través del cual tanto los hospitales, como los municipios pueden enviar la factura al nivel central. Si bien este sistema ha permitido una gran ampliación de la cobertura de salud, no incorpora incentivos a la eficiencia y conduce a la insuficiencia de recursos para financiar el sistema. En gran parte, ello obedece a que las responsabilidades financieras de la Unión están claras, pero no así las de los estados y municipios.

La evidencia en **Colombia** sugiere que el proceso de descentralización ha introducido algunas mejoras en materia de eficiencia técnica, particularmente en el uso de los recursos hospitalarios. Sin embargo, la falta de flexibilidad del mercado laboral, es uno de los factores que le resta eficiencia al sistema constituyendo probablemente una de las principales restricciones que enfrenta el proceso de descentralización. Concretamente, la normativa vigente limita el establecimiento de acuerdos salariales basados en criterios de desempeño, y reduce por esta vía, las potenciales ganancias de productividad.

En **México**, la evidencia asociada a la experiencia inconclusa de descentralización (1983-1995) también sugiere que el proceso de descentralización ha ido acompañado de avances en materia de productividad y eficiencia. Esta situación puede reflejar la respuesta de los estados descentralizados a una menor disponibilidad de recursos para salud pública en relación a los estados centralizados. Sin embargo, existe alguna evidencia que sugiere que el ajuste de los estados descentralizados a los menores recursos puede haberse traducido también en menor calidad de los servicios otorgados por el sector.

Una restricción importante que ha enfrentado el proceso de descentralización en México, desde una perspectiva de eficiencia, se relaciona con la excesiva rigidez de la normativa que regula la asignación de recursos. La introducción de una mayor flexibilidad en la normativa que regula la asignación y ejecución de los programas de gasto en el sector, es uno de los desafíos pendientes que deberá ser abordado en México. Por otra parte, la introducción de indicadores de gestión del nuevo modelo y el mecanismo de rendición de cuenta frente a los representantes estatales, representa un avance en materia de eficiencia, ya que incentiva los aumentos de productividad y puede llegar a representar un efectivo instrumento de control y supervisión.²⁸

Cuadro 27
Descentralización del sector salud y eficiencia técnica: Evidencia preliminar
en países seleccionados

Argentina	Descentralización microeconómica: Evidencia es ambigua pero ofrece grandes potencialidades. - Ha habido ganancias en asignación de recursos derivadas del manejo de compras y subcontratación al nivel hospitalario; existe evidencia de mejoras en indicadores de ingreso/egreso, aunque ello se observa también en sistemas provinciales que incluyen unidades no autónomas. - Existe gran potencialidad de mejorar eficiencia y ello dependerá de medidas que tiendan a: superar la subutilización de las instalaciones; fortalecer el soporte informático, de control y administrativo; definir incentivos claros particularmente vinculados a la política de asignación de recursos propios (sobresalarios/productividad).
Bolivia	No es susceptible de ser evaluado por su corta trayectoria. Sin embargo, algunas preocupaciones para eficiencia: a) La debilidad en materia de integración de sistema de salud y coordinación que el modelo demanda tiende a conducir a una deficiente utilización de la infraestructura y a una inadecuada asignación del personal médico; b) En el área del financiamiento las unidades productoras han perdido autonomía al perder la administración de los recursos provenientes del copago lo que ha aumentado las rigideces en los flujos de insumos y personal médico de apoyo a la gestión de los centros productivos. - Baja prioridad de los municipios en materia de asignación de recursos al sector. - Predominio de subsidios de oferta sin criterios que relacionen financiamiento con la demanda. c) Problemas de escala, incentivos y criterios erróneos de traspaso de unidades de referencia nacional a niveles subnacionales. Sin embargo, hay experiencias positivas de iniciativas locales para resolver la falta de instalaciones para servicios determinados, mediante la creación de redes entre municipios. d) Carencias de personal calificado y motivado y de instrumentos de gestión que no están siendo atendidos. Existe un potencial de ganancia en eficiencia que depende de la correcciones en la definición e implementación de políticas.
Brasil	Ambiguo, sin embargo, en base a información limitada a estudios de caso analizados aparecen algunas preocupaciones: - Mecanismos de transferencias no incentivan eficiencia. - Ausencia de una adecuada capacitación para las funciones descentralizadas; la disminución de funciones centrales de supervisión y control no han sido sustituidas adecuadamente por mecanismos regionales y locales; ausencia de sistemas modernos de monitoreo. - Tendencia a romper los principios estructuradores de referencia y contrarreferencia debido a excesiva autonomización del nivel local, lo que ha inducido a prácticas municipales de construcción hospitalaria en municipios pequeños quienes pueden solventar la inversión inicial pero no la mantención y operación. - Evidencia de ampliación de cobertura, con contrapartida de un sistema altamente costoso.
Colombia	- Evidencia de que se ha empezado a ganar eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios y de un aumento en la participación del primer nivel de atención. - Principal limitación al mejoramiento de la productividad y eficiencia, la constituye la restricción del mercado laboral impuesta por la carrera administrativa.
México	- En experiencia de 1983-1995 existe alguna evidencia de avances en materia de productividad en los estados descentralizados. En parte ello obedece al ajuste a mayores restricciones de recursos en relación a los no descentralizados. El traspaso de obligaciones sin un traspaso de facultades fiscales a los estados descentralizados afectó negativamente tanto la cobertura como la calidad del servicio. - Una restricción a la ganancia de eficiencia fue la excesiva inflexibilidad en la ejecución de los gastos. - Nuevo modelo (a partir de 1996) introduce indicadores que servirán para rendir cuenta a los congresos locales, incorporando "accountability", lo que promete mayores incentivos a la eficiencia.
Nicaragua	- Alguna evidencia positiva, aunque evaluación merece importantes reparos por la calidad de la información. Por ejemplo, a pesar de reducción de presupuesto, aumentó la producción de servicios; la relación entre gasto de capital a gasto corriente experimentó un aumento. - Existencia de información poco confiable. Errores de registro y subdeclaraciones.

Fuente: Elaboración propia en base a Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997; Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997; Draibe S., 1997; Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996; Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997; Ornelas C., 1998; Gómez J.P., 1997 y Espinosa J., 1997.

El caso de **Nicaragua** proporciona alguna evidencia respecto del impacto positivo de la descentralización sobre la eficiencia del sector salud. Lo anterior se refleja en aumentos en la producción de los servicios de salud y en el mejoramiento experimentado por diversos indicadores de gestión y productividad de los recursos. Es importante considerar que las mejoras en los indicadores a la descentralización, pueden obedecer en parte a la existencia de factores limitantes vinculados con la calidad de la información disponible, como por ejemplo, el desconocimiento del efecto de las variaciones de los recursos extrapresupuestarios, en particular de aquellos provenientes de la cooperación externa. No obstante, alguna evidencia puede ser atribuida a la nueva estructura descentralizada del sistema de salud a partir de 1992.

c) *Equidad*

Una de las características que ha marcado el desarrollo de los países de la región es la desigualdad interterritorial en el nivel de bienestar de la población. En el ámbito de la salud, ésto se refleja en una gran disparidad en los indicadores de acceso y de resultados, así como en la dispersión de aquellos indicadores que miden la asignación del gasto entre las distintas jurisdicciones de un país.

En base a la información disponible para cada país, en el cuadro 28 se presentan para un grupo de países de la región, algunos indicadores que ilustran el grado de desigualdad interterritorial de los recursos per cápita en salud (IDIS) y el grado de progresividad de la distribución interterritorial de los indicadores financieros en el sector salud. El primero es medido como la razón entre el valor per capita promedio del indicador entre el 20% de las jurisdicciones que exhiben una mejor posición del indicador financiero seleccionado y el 20% de las jurisdicciones peor posicionadas respecto del mismo indicador. En el segundo caso, el grado de progresividad del gasto en salud refleja la razón entre el valor promedio del indicador financiero del 20% de las jurisdicciones peor (mejor) posicionadas respecto de algún indicador de bienestar (PIB per capita, pobreza, población NBI o déficit en atención de salud) y el valor promedio del indicador financiero del grupo correspondiente al 20% de las jurisdicciones situadas en la mejor (peor) posición respecto del mismo indicador de bienestar. En este caso, si la razón es menor (mayor) que uno indicaría que la asignación interterritorial de los recursos de salud tiende a ser regresiva al favorecer relativamente más a las jurisdicciones mejor posicionadas respecto del indicador de bienestar, las que generalmente se encuentran correlacionadas positivamente con mejores condiciones de salud. Por el contrario, un valor superior (inferior) a uno señalaría progresividad en la asignación de recursos interterritorial al indicar que las esferas subnacionales mejor posicionadas en términos de bienestar recibirían en promedio una mayor cantidad de recursos per capita que aquellas jurisdicciones en peor situación de bienestar (véase anexo 2). Esta aproximación metodológica a la equidad, a diferencia de otras más generales, como el coeficiente de correlación o la desviación standard, tiende a resaltar la desigualdad entre los extremos.

Se puede apreciar allí que la distribución interterritorial de recursos para salud no es igualitaria. Para la limitada información existente, es posible afirmar que el gasto o financiamiento de salud es altamente desigual en Chile donde existe una diferencia de 7 veces entre los 21 municipios que representan el 20% de las jurisdicciones con mayor nivel

de gasto per capita en salud y los 21 municipios con menor nivel de gasto per capita en salud. El grado de disparidad es menor en Brasil, donde la información existente, que representa solamente el 65 % del gasto del presupuesto federal se distribuye en gran medida con un criterio per capita, observándose diferencias inferior a 2 veces entre las jurisdicciones más favorecidas y menor favorecidas. Por otra parte, se observa que diferentes componentes del financiamiento de la salud presentan distintos grados de disparidad, por ejemplo, en el caso de Colombia el financiamiento de origen departamental se distribuye en forma más desigual entre los departamentos que lo que muestran los recursos provenientes de los municipios. Finalmente, cabe destacar el elevado grado de disparidad de la inversión per capita en salud y seguridad social en Bolivia, donde se observan diferencias superiores a 47 veces entre municipios. En este caso sin embargo, es necesario señalar que el indicador empleado representa un componente muy pequeño del presupuesto de salud, correspondiendo solamente al componente de inversión que es el que ha sido descentralizado. La gran desigualdad interterritorial de los recursos de inversión obedece en parte a que las cifras reflejan la situación en una fase muy inicial del proceso, la que puede modificarse significativamente una vez que éste se decante.²⁹

El análisis anterior ilustra las desigualdades entre diferentes jurisdicciones en materia de financiamiento de la salud, pero no permite evaluar el grado de regresividad asociado a la distribución interterritorial de los recursos. La evaluación desde el punto de vista de equidad será muy diferente si las jurisdicciones relativamente más favorecidas son aquellas que presentan a su vez los peores indicadores de bienestar, en cuyo caso, la asignación interterritorial de recursos sería progresiva y contribuiría a reducir las desigualdades en bienestar, que si las jurisdicciones más beneficiadas en la asignación interterritorial de recursos de salud fueran aquellas que presentan los mejores indicadores de bienestar, en cuyo caso la asignación de recursos de salud estaría contribuyendo a profundizar las disparidades interterritoriales. Del cuadro 28 se concluye que, con la única excepción del financiamiento de la salud de origen municipal en Colombia, la distribución interterritorial de los recursos no está beneficiando a las jurisdicciones más vulnerables. Por ejemplo, en México, donde existe una brecha en el PIB per capita del 20% de los estados peor posicionados respecto a ese indicador, de magnitud tal que alcanza a tan solo el 30% del valor del PIB per capita de los 6 estados que presentan los valores superiores del PIB per capita, el gasto per capita del primer grupo de estados representa solamente el 57% del gasto per capita que reciben las jurisdicciones mejor posicionadas respecto al PIB. En este sentido es posible afirmar que, si bien la asignación de recursos de salud entre las diferentes jurisdicciones se distribuye menos inequitativamente que el PIB per capita, es inequitativa al proporcionar mayores recursos a los estados con menor necesidad y no contribuye a la reducción de las desigualdades interterritoriales iniciales.

Lo anterior es corroborado por la información ilustrada en los gráficos 1 a 6 que se muestran a continuación, donde es posible advertir la ausencia generalizada de un patrón progresivo en la distribución interterritorial de los recursos de salud. En la mayoría de los casos el financiamiento o el gasto en salud no presenta un patrón definido en términos del nivel de pobreza o de las necesidades de salud de los entes subnacionales.³⁰ Es necesario señalar que con la descripción anterior solamente se pretende constatar una situación de hecho, sin que con ello se quiera inferir que el propósito de la descentralización sea reducir la pobreza o mejorar la distribución del ingreso.

Cuadro 28
Disparidad Territorial y Progresividad de la Distribución Interterritorial de los recursos per cápita en salud

	(A) Indicador de Disparidad Interterritorial del gasto en Salud (IDIS) ^a (JMP/JPP) ^c	Indicador de Progresividad de la distribución Interterritorial de los recursos en Salud	
		(B) Razón Indicador de Bienestar 20 % peor posicionado/20 % mejor posicionado	(C) Razón Indicador de recursos p/c de salud entre el grupo de países peor y mejor posicionados en términos del indicador de la columna (B)
Argentina	n.d.	<u>1994</u> Tasa mortalidad infantil: 2.04	n.d.
Bolivia	<u>1995</u> Inversión per capita en Salud y Seguridad Social: 47.54	<u>1995</u> Déficit en Atención de Salud: 2.49	<u>1995</u> Inversión p/c en salud y Seguridad Social: 0.75
Brasil	<u>1996</u> Gasto Ambulatorio p/c: 1.94 Gasto Hospitalario p/c: 2.69 Gasto Ambulatorio y Hospitalario p/c ^b : 1.96	<u>1995</u> PIB p/c: 0.23	<u>1996</u> Gasto Ambulatorio p/c: 0.76 Gasto Hospitalario p/c: 0.72 Gasto Ambulatorio y Hospitalario p/c ^b : 0.74
Chile	<u>1995</u> Gasto p/c en Salud: 7.00	<u>1995</u> Índice de Pobreza: 3.09	<u>1995</u> Gasto p/c en Salud: 0.86^d
Colombia	<u>1996</u> Financiamiento p/c de origen Nacional: 3.44 Departamental: 5.51 Municipal: 1.96 Total: 3.75	<u>1993</u> Población con NBI: 2.49	<u>1996</u> Financiamiento p/c de origen Nacional: 0.70 Departamental: 0.52 Municipal: 1.32 Total: 0.63
México	<u>1994</u> Gasto p/c en Salud: 2.75 Aporte Estatal p/c a Población Abierta: 9.11 Aporte Estatal p/c a Población asegurada: 293.7 Aporte Federal p/c a Población asegurada: 2.83 Cuotas de Recuperación p/c: 6.12	<u>1993</u> PIB p/c: 0.30	<u>1994</u> Gasto p/c en Salud: 0.57 Aporte Estatal p/c a Población Abierta: 0.36 Aporte Estatal p/c a Población asegurada: 0.24 Aporte Federal p/c a Población asegurada: 0.69 Cuotas de Recuperación p/c: 0.85
Nicaragua	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Elaborado en base a Bisang y Cetrángolo, 1997; Secretaría de Participación Popular, 1996; IPEA; Galvao A.C., M.L. Rodríguez y N.F. Zackseski, 1997; Ministerio Salud de Chile; Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997; González Block M.A., E. Gutiérrez y L. Gutiérrez, 1997.

^a Razón entre el valor promedio del indicador del 20% de las jurisdicciones con mayor recursos per capita, respecto del 20% con menor gasto promedio. ^b Representa aproximadamente el 65% de los gastos del gobierno federal. ^c JMP = Jurisdicción mejor posicionada; JPP = Jurisdicción peor posicionada. Las jurisdicciones consideradas corresponden a: Argentina (23 Provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires); Bolivia (104 Municipios); Brasil (26 Estados más D.F.); Chile (190 municipios); Colombia (31 Departamentos y Distritos); México (30 Estados). ^d Incluye transferencias, aportes municipales y programas compensatorios.

En **Argentina**, las restricciones de información respecto de la distribución interprovincial del gasto en salud, constituye una limitación importante para efectos de evaluar el impacto de los procesos de descentralización sobre la equidad.

Sin embargo, la revisión de los procedimientos de asignación vigentes sugiere que en la actualidad no existen mecanismos que incorporen explícitamente criterios de equidad en el diseño e implementación de las relaciones financieras entre la Nación y las provincias. Por otra parte, el modelo argentino se caracteriza por la ausencia de políticas compensatorias que sirvan de referencia al diseño de las políticas interterritoriales en el ámbito de la salud.

A nivel microeconómico el impacto de la descentralización sobre la equidad es relativamente ambiguo, aunque ha predominado el efecto negativo. Por un lado, los hospitales han pasado a captar cierta capacidad contributiva de pacientes que previamente se atendían gratuitamente a pesar de contar con otras coberturas asistenciales (reducción de subsidios cruzados), viéndose beneficiados aquellos centros de salud que por su localización cuentan con condiciones iniciales más favorable. Por otra parte, la descentralización en la mayoría de los casos no ha sido acompañada por la creación de mecanismos explícitos que permitan transferir recursos entre los distintos centros asistenciales u hospitalarios. La ausencia de mecanismos de transferencia entre las distintas unidades y localidades, podría acentuar las desigualdades existentes, generando por esta vía una marcada segmentación de la salud a nivel nacional.

La revisión de la experiencia en **Bolivia** indica que pese al aporte de la Reforma de Participación Popular a la distribución más equitativa de los recursos públicos, aun persisten amplias disparidades en el financiamiento público de salud. El criterio de asignación de recursos fiscales es de capitación, lo que ha contribuido a distribuir en forma más justa los recursos que antes se concentraban en los municipios más importantes y que a su vez coincidían, con aquellos que contaban con mayor capacidad de recaudación de ingresos propios. Sin embargo, a nivel sectorial, no existen mecanismos específicos en el modelo que contribuyan a reducir las disparidades interterritoriales en términos de recursos físicos y financieros.

Si se analiza la distribución del componente de inversión del gasto público en salud, vale decir, el gasto que realizan los municipios, no se observa un patrón progresivo. En el gráfico 3 se puede apreciar que los recursos se distribuyen en forma independiente de las necesidades de salud, medidas como el déficit en atención de salud. La inversión per cápita en salud en unos pocos municipios es relativamente alta y es independiente de las necesidades de salud. Los avances parciales en la cobertura de los servicios de salud son todavía insuficientes y no logran compensar la ausencia de mecanismos redistributivos asociados al proceso de descentralización.

En la experiencia de descentralización de salud en **Brasil**, por ausencia de información actualizada es difícil apreciar la distribución interterritorial del gasto en salud. Sin embargo, del gráfico 4 que muestra la distribución estadual del componente del gasto ambulatorio y hospitalario de 1996 (que representa alrededor del 65% del presupuesto

federal), se observa que el patrón de las transferencias por concepto de facturas por servicios médicos en las esferas subnacionales tiende a ser igualitario. En ese sentido, a nivel estadual, las transferencias al menos no contribuyen a agudizar las brechas originadas en la distinta capacidad de generación de recursos propios de los entes subnacionales. La relativa neutralidad de las transferencias es el resultado de que el criterio prioritario que orienta los trasposos es el poblacional. Sin embargo, es preocupante la evolución que muestran algunos indicadores no monetarios que señalan que junto con avances en la calidad promedio de la salud se ha producido un aumento en las disparidades regionales (ver cuadro 29). Este fenómeno refleja, al igual que en otras experiencias de descentralización, la ausencia de políticas dirigidas a reducir las desigualdades prevalecientes.

Cuadro 29
Brasil: Evolución de los indicadores en el tiempo y de la dispersión interregional^a
antes y después de la descentralización de la salud

	Dirección del cambio en el indicador	Dirección de la variación en la dispersión
Esperanza de vida al nacer	Mejora	Disminuye
Tasa de mortalidad infantil	Mejora	Aumenta
Población Urbana con abastecimiento de agua (%)	Mejora	Disminuye
Consultas públicas por habitante	Mejora	Aumenta
Médicos por mil habitantes	Mejora	Aumenta

Fuente: Draibe S., 1997.

^a Elaborado en base a información de las 5 regiones: Sudeste, Sur, Nordeste, Norte y Centro-Oeste.

En forma similar a los otros países, la información relativa a la distribución interterritorial del gasto per capita en salud en **Chile** permite señalar que no existe un patrón definido entre gasto per cápita en salud y nivel de pobreza (gráfico 5). En este caso, tampoco se han dispuesto mecanismos explícitos de compensación de las desigualdades interterritoriales.

En **Colombia** se observa una distribución interterritorial levemente progresiva de los recursos per capita que forman parte del financiamiento de la salud, solamente en el caso de los recursos municipales, los que corresponden al 25% de la participación de los ingresos corrientes de la nación al correlacionarlos con el porcentaje de hogares con NBI en cada departamento. Sin embargo, estos recursos representan solamente el 13% del financiamiento de la salud, siendo los más importantes los recursos departamentales (69.4%), cuya distribución interterritorial tiende a mostrar un patrón más bien regresivo. Los principales componentes de los recursos departamentales son el Situado Fiscal y las Rentas Propias, ambos con un sesgo regresivo importante, lo que incide en la ausencia de alguna correlación entre gasto en salud y nivel de pobreza observada en el gráfico 6.

El Situado Fiscal es inequitativo. En efecto, el situado fiscal per cápita que en promedio se acerca a US\$ 17, en algunos departamentos alcanza a US\$ 8, mientras que en otros supera los US\$ 80. Esta disparidad es aun mayor si se divide el Situado Fiscal entre la población con Necesidades Básicas Insatisfechas, situación en que las disparidades van de US\$20 a US\$150. Se estima que el proceso de corrección gradual emprendido desde 1994 se demoraría 25 años para lograr que las diferencias entre departamentos no sean superiores al 100% (Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997).

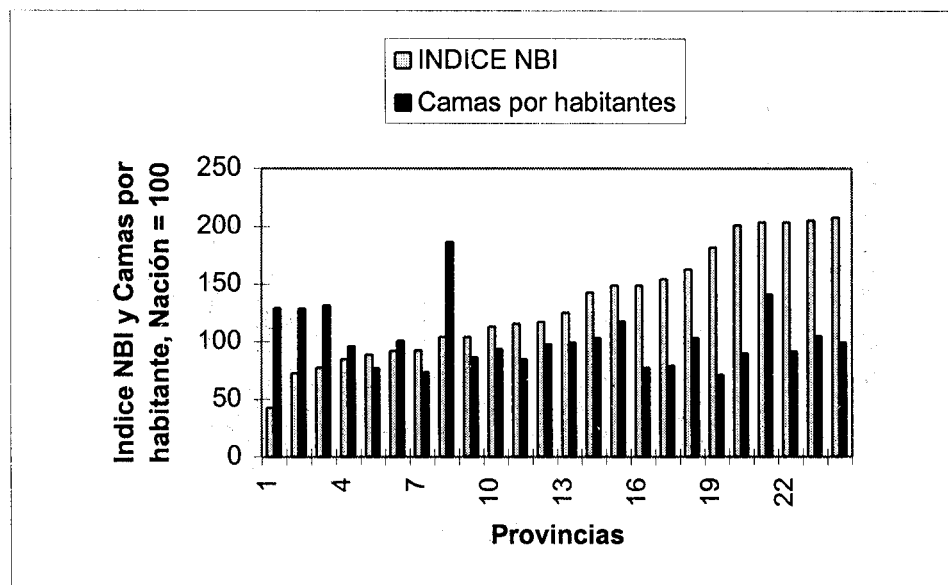
Finalmente, el componente nacional del financiamiento de la salud no exhibe ningún patrón, señalando que dichos recursos no están contribuyendo a compensar las inequidades de las otras fuentes de recursos. El Fondo de Solidaridad y Garantía, destinado a proteger la solidaridad del Sistema de Seguridad Social en Salud y a administrar los recursos públicos nacionales destinados al aseguramiento subsidiado de la población más pobre, y que corresponde a más del 50% del componente de recursos nacionales, no ha servido como mecanismo compensatorio de la regresividad de otras fuentes de financiamiento.

El financiamiento del componente territorial del sistema de seguridad social en salud no es equitativo ni suficiente para atender a los derechos universales establecidos en la reforma. Se observa una necesidad de reconvertir subsidios a la oferta (suma de 90% de Situado Fiscal para Salud y Rentas Cedidas) que en algunos departamentos aparecen siendo excedentarios) por subsidios a la demanda. La inequidad y la distorsión de subsidio observadas en los departamentos se reproduce cuando se examinan los municipios de un mismo departamento.

Por último, en Colombia existe evidencia de que la descentralización estaría reduciendo la disparidades territoriales de la dotación de médicos por habitante, toda vez que se habría producido un aumento en el número de médicos generales disponibles en los municipios de menor desarrollo relativo y una disminución en aquellos de mayor nivel de desarrollo. Una preocupación prioritaria de los alcaldes de los municipios más vulnerables una vez iniciado el proceso de desarrollo ha sido el fortalecimiento del personal médico a través de un aumento en las contrataciones o complemento salarial.

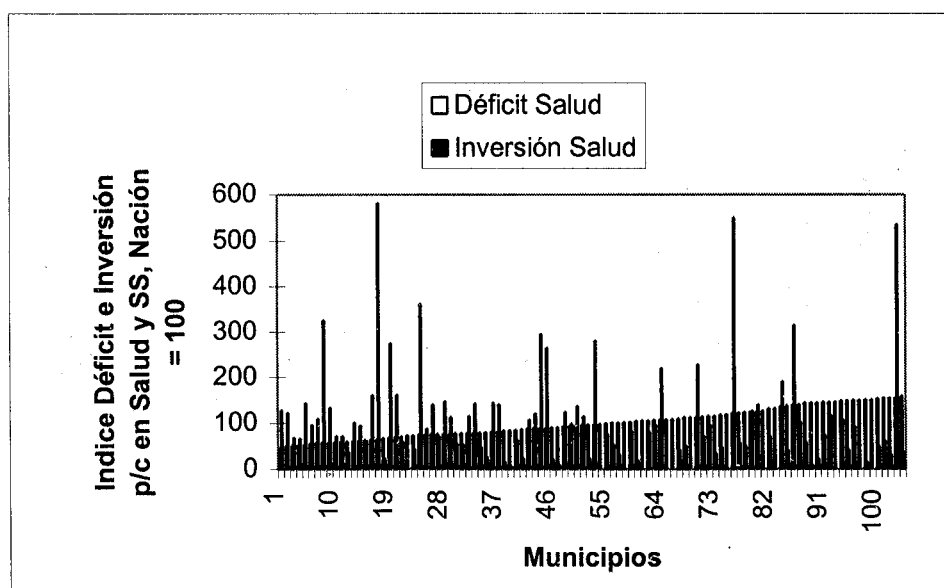
Los criterios de asignación de recursos públicos en salud en **México** no descansan en consideraciones de equidad. Al observar la distribución interterritorial del gasto público en salud para la población abierta y su relación con el PIB per cápita, se encuentra que para una muestra de 11 estados (entre descentralizados y no descentralizados), al jerarquizarlos según su PIB per cápita, los que más gastan en términos per cápita en salud a la población abierta, coinciden con aquellos que tienen los mayores niveles de PIB per cápita, así como también con los mayores índices de cobertura de seguridad social. Por el contrario, estados cuya posición relativa en términos del PIB per cápita los ubica entre los más pobres, reciben un gasto per cápita en salud a la población abierta, relativamente más bajo. Al ampliar la muestra a los 29 estados, se observa que el caso de México no es una excepción en materia de equidad. En efecto, al correlacionar el gasto total per cápita en salud con el PIB per cápita, se observa en forma similar a otros países, la ausencia de un patrón claro en la distribución interterritorial de recursos en el sector salud (gráfico 7).

Gráfico 2
Argentina: Distribución Interterritorial Camas Hospitalarias
y Pobreza, 1993



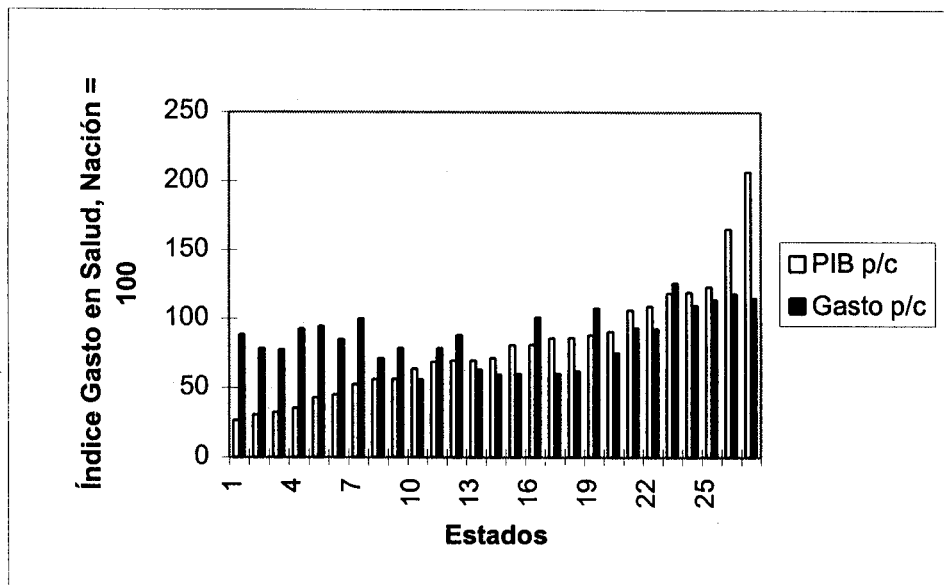
Fuente: Elaborado en base a Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997.

Gráfico 3
Bolivia: Distribución Interterritorial Inversión en Salud per capita y
Déficit en Atención de Salud, 1995



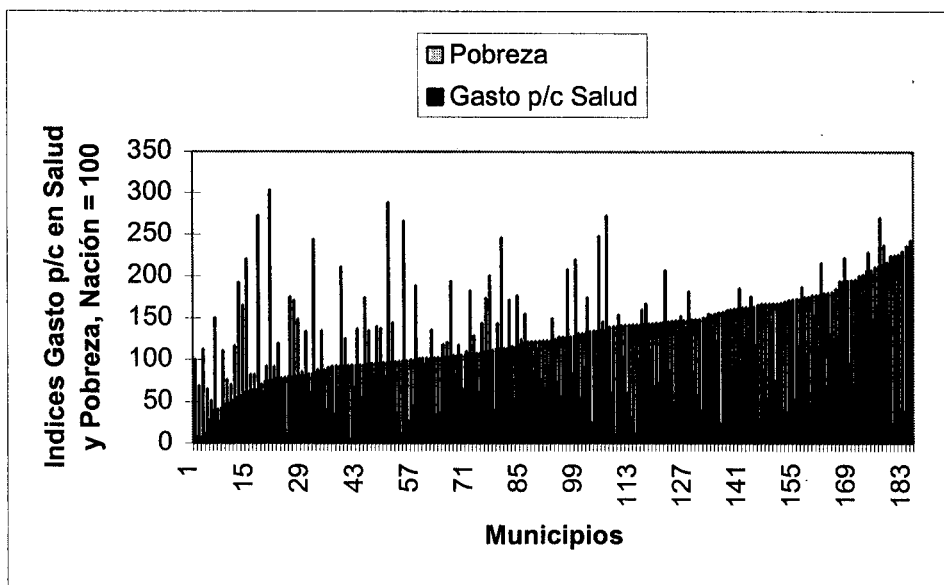
Fuente: Elaborado en base a información de Secretaría de Participación Popular.

Gráfico 4
Brasil: Distribución Interterritorial Gastos Ambulatorios y Hospitalarios per capita y PIB per capita, 1996



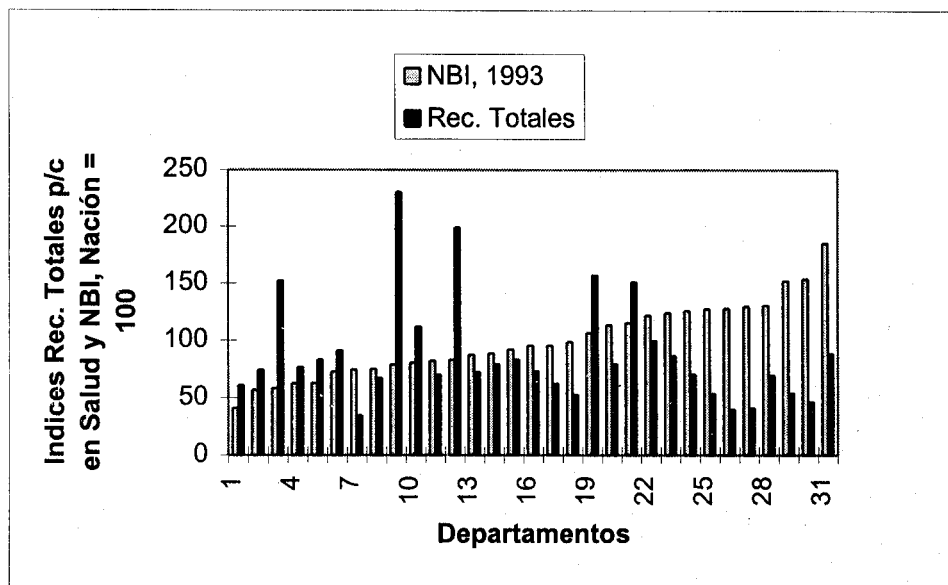
Fuente: Elaborado en base a información de IPEA.

Gráfico 5
Chile: Distribución Interterritorial del Gasto per capita en Salud y de la Pobreza, 1995



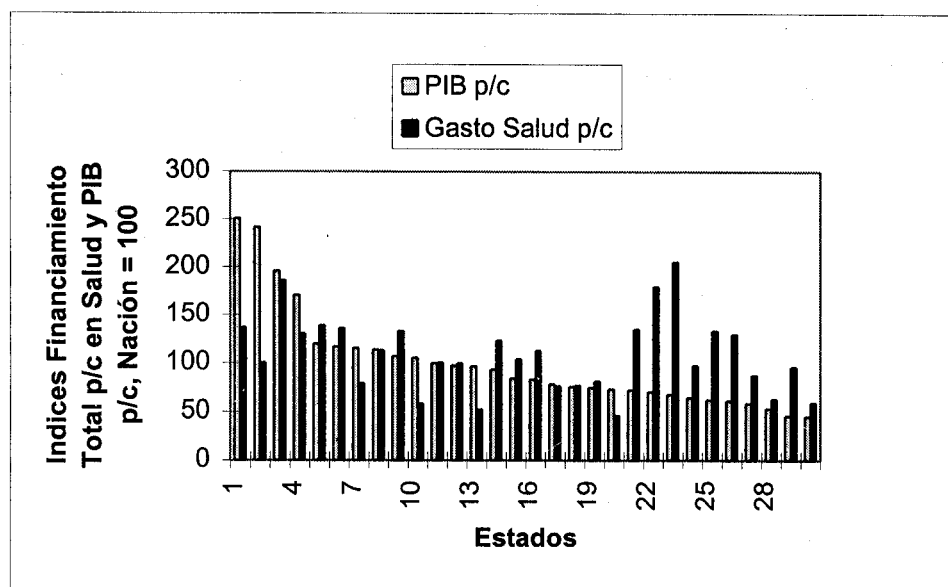
Fuente: Elaborado en base a información de Ministerio de Salud.

Gráfico 6
Colombia: Distribución Interterritorial de Recursos Totales
per capita en Salud y Pobreza, 1996



Elaborado en base a Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997.

Gráfico 7
México: Distribución Interterritorial del Financiamiento per capita en
Salud y PIB per capita, 1994



Fuente: Elaborado en base a información de FUNSALUD.

Adicionalmente, algunos estudios específicos, focalizados en los estados pobres -descentralizados y no descentralizados-, muestran una evaluación desfavorable de la descentralización en materia de equidad en el acceso a los servicios de salud. En González Block, *et al* (1989) se sostiene que al comparar Guerrero y Oaxaca, dos estados que se diferencian por el nivel relativo de desarrollo, la descentralización acarreo una mayor inequidad y concentración de recursos en los estratos socioeconómicos superiores, porque, se debilitó la poca acción compensatoria que ejercía el gobierno federal. Finalmente, una muestra adicional de la inequidad asociada al sistema de atención de salud en México, es sugerida por el grado de insatisfacción de los usuarios, donde la información disponible en materia de satisfacción señala que existe un porcentaje importante de usuarios de los servicios de salud que estiman que la atención que reciben es deficiente. Asimismo, se perciben disparidades regionales en el grado de satisfacción, alcanzando en la zona norte y la zona metropolitana de la ciudad de México al 80%, bajando a 33% en las zonas pobres del sur, sureste y el Golfo de México.

Sin embargo, existe alguna evidencia que indica que la situación de desigualdad podría haberse visto disminuida a lo largo del tiempo. En efecto, entre 1983 y 1988, el número de médicos destinados a la atención de la población abierta aumentó porcentualmente más que el número de médicos contratados en el sistema nacional de salud (38% versus 30%). Entre 1989 y 1995 se repite esta tendencia dando origen a una reducción de la brecha existente entre la disponibilidad de médicos para la población abierta y la población asegurada. Algo similar ocurrió con la evolución de las consultas por habitante, reduciéndose la brecha entre ambos grupos poblacionales. En 1983 la relación de casi 3 consultas de asegurado por 1 de los no asegurados se redujo a 2.4 en 1988 y a menos de 2 en 1995.

En el caso de **Nicaragua**, las restricciones de información no permite establecer un vínculo definido entre descentralización y equidad. Sin embargo, la revisión de los programas implementados indican que la dimensión de equidad no ha estado presente en el diseño de la política de descentralización de la salud. Por otra parte, las reducciones del gasto en salud parecen haberse concentrado en los programas de atención primaria y en los Silais relativamente más vulnerables. La evidencia también indica un deterioro en la equidad, al comparar la evolución de la dispersión de los indicadores de mortalidad materna y de los egresos per capita por Silais. Adicionalmente, cabe señalar que un análisis de la desviación standard de los indicadores de Mortalidad Materna por 100 mil habitantes y de los Egresos per cápita por Silais, muestra un incremento en la dispersión entre 1992 y 1996, lo cual estaría señalando que junto con la descentralización se han acentuado las diferencias interterritoriales en la atención de salud.

En síntesis, con respecto a la equidad, es difícil establecer la dirección de los cambios ocasionados por la descentralización. Sin embargo, la evidencia indica la presencia de un elevado grado de inequidad interterritorial en materia de indicadores de bienestar y de recursos en salud (ver cuadro 30). Para los casos en que es posible establecer una evolución de los indicadores, la experiencia sugiere que las disparidades territoriales han tendido en la mayoría de los casos a acentuarse. El problema de la inequidad interpersonal de la salud está crecientemente siendo abordado a través de programas universales relacionados con planes básicos de salud definidos desde el nivel central.

Cuadro 30
Descentralización de la Salud y Equidad: Evidencia en países seleccionados

Argentina	- No existe información sobre dispersión interterritorial de gasto en salud, pero existe información respecto de disparidades territoriales en algunos indicadores de salud, tales como: intensidad de uso de los servicios públicos de salud, tasa de mortalidad infantil, disponibilidad de camas y recursos humanos. - Entre 1980 y 1994 se ha reducido la dispersión de la tasa de mortalidad infantil, pero es difícil asociarlo con la descentralización. - Las relaciones financieras entre Nación y provincias no incorporan consideraciones explícitas para abordar inequidades interterritoriales. - A nivel microeconómico, el efecto predominante ha tendido a ser negativo: no existen compensaciones entre hospitales con distinta capacidad de generación de fondos. Las diferencias en las condiciones iniciales de los hospitales pueden ser un factor determinante de mayores brechas entre establecimientos.
Bolivia	- Proceso de descentralización general ha tenido un efecto positivo, sin embargo, a nivel sectorial no existen mecanismos explícitos que contribuyan a reducir las disparidades interterritoriales en términos de recursos físicos y humanos. - Entre los municipios, los recursos de inversión al sector salud muestran una alta dispersión - La introducción del Programa de Seguro Nacional y Maternidad que es la primera aplicación concreta del Nuevo Modelo Sanitario, el que a su vez constituye una respuesta a la descentralización, ha tenido efecto positivo en la ampliación de cobertura de salud en grupos focalizados.
Brasil	- Junto con una mejoría en diversos indicadores de salud (esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad infantil, abastecimiento agua en el sector urbano, consultas por habitante y médicos por habitante), la brecha interregional ha tendido en general a ampliarse, afectando particularmente a la región nordeste donde se observa un deterioro en sus indicadores. - En 1996, la distribución interterritorial de las transferencias per capita relacionadas con el gasto ambulatorio y hospitalario mostró un patrón neutral en el sentido que las transferencias asociadas a ese gasto tendían a ser bastante similares entre estados, independientemente del grado de desarrollo relativo de cada estado.
Chile	- No existe un patrón determinado entre gasto per cápita en salud y nivel de pobreza de los municipios.
Colombia	- Ambiguo. No existe un patrón definido entre la distribución interterritorial de los recursos totales per cápita en salud y el nivel de pobreza. Sin embargo, la descentralización parece estar reduciendo las disparidades interterritoriales de la dotación de médicos por habitantes, ésto como resultado de una preocupación prioritaria de los alcaldes de los municipios más vulnerables por fortalecer el personal médico a través de un aumento de contrataciones o complemento salarial.
México	- En general, los estados con mayor desarrollo relativo muestran mejores indicadores de salud. - No existe un patrón definido en la distribución interterritorial del financiamiento total per cápita en salud y el PIB per cápita, señalando que la asignación de recursos en salud no descansa en criterios de equidad. - Negativo en términos de acceso a los servicios de salud, derivado en parte a que se debilitó la escasa acción compensadora que ejercía el nivel federal. - Negativo si se mide en función del grado de satisfacción del usuario. El grado de insatisfacción es superior en las zonas más pobres. - Evidencia positiva si se mide en términos de las brechas correspondiente a la disponibilidad de médicos para la población abierta y la población asegurada. La brecha ha disminuido, aunque se mantiene una discrepancia importante en la disponibilidad de recurso humano entre los dos subsistemas, a favor de los asegurados (relación de 1.7 entre disponibilidad de médico asegurados y población abierta). Algo similar ocurre con el indicador de consultas por habitante. - Existen intenciones en nuevo programa de descentralización de introducir un gasto compensatorio destinado a fortalecer a los estados relativamente más pobres. Por otra parte, también existen indicaciones respecto de la exención de cuotas de recuperación en servicios de atención primaria a favor de la población en localidades rurales dispersas y en los casos de programas prioritarios en beneficio de la población sin capacidad de pago.
Nicaragua	- La variable de equidad ha estado completamente ausente de los programas asociados a la descentralización de salud. - Las reducciones de gasto en salud entre 1994 y 1996 han afectado relativamente más a los programas de atención primaria y a los Silais relativamente más pobres. - Aumento de dispersión inter-Silais de mortalidad materna entre 1992 y 1996.

Fuente: Elaboración propia en base a Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997; Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997; Draibe S., 1997; Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996; Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997; Ornelas C., 1998; Gómez J.P., 1997 y Espinosa J., 1997.

Finalmente, es interesante destacar que de los análisis anteriores surge la existencia de un *trade-off* entre eficiencia y equidad asociados a la política de descentralización. En general, la escasa evidencia disponible tiende a verificar ciertas ganancias en materia de eficiencia técnica, pero a su vez serios problemas en equidad. Hay diferentes explicaciones a este fenómeno, y una de ellas es la diferencia inicial entre jurisdicciones y la ausencia de criterios compensadores desde el nivel central. Fundamentalmente las diferencias en las capacidades locales iniciales, así como las diferencias en las capacidades fiscales iniciales juegan un rol importante en la profundización de las desigualdades en el contexto de un proceso de descentralización que no va acompañado de programas sociales compensatorios. Por otra parte, y junto con lo anterior, las recurrentes restricciones fiscales, impulsan a las localidades a introducir mecanismos de recuperación de costos, lo que, dado el inicial de diferencias interterritoriales en la capacidad fiscal, promueve la profundización de las discrepancias en la disponibilidad per cápita de recursos sectoriales entre distintos territorios.

2. Determinantes del impacto de la descentralización

a) Condiciones iniciales

La evidencia recogida de las experiencias de descentralización en la región señala con bastante claridad que su impacto depende en gran medida de las condiciones iniciales que enfrentan los países.

En primer lugar, a mayor desigualdad inicial entre las distintas jurisdicciones, mayor será el esfuerzo que deberá realizarse para contrarrestar las condiciones iniciales cuya inercia induce a una ampliación en las brechas interterritoriales derivadas de la descentralización. Segundo, el nivel de desarrollo político-institucional existente define la viabilidad de un proceso de descentralización y su grado de respaldo institucional. Tercero, las características demográficas de los países constituye un elemento clave en la determinación del impacto de los procesos de descentralización. En general, un proceso de descentralización sectorial en una población altamente atomizada incrementa los costos de coordinación horizontal y vertical y adicionalmente, limita el aprovechamiento de las economías de escala. Cuarto, una restricción importante que enfrentan los procesos de descentralización está asociado a la falta de capacitación del personal disponible en las entidades subnacionales, para absorber las funciones correspondientes a una organización descentralizada. Finalmente, la existencia de una cultura centralista, caracterizada por una elevada dependencia respecto del poder central, es una de las principales restricciones que enfrentan los países de la región en cuanto a la descentralización del sector salud.

b) Factores económicos

En general, la implementación de una reforma de descentralización exige disponer de recursos para cubrir las demandas derivadas de cambios institucionales, organizacionales y de modificaciones a la estructura de financiamiento. Las restricciones financieras no contribuyen a facilitar el proceso de implantación de la reforma por diversas razones:

- limitan el avance o profundización del proceso
- limitan el crecimiento y modificación de los recursos humanos y físicos que usualmente demanda la implementación de un proceso de descentralización
- reducen la cantidad y/o calidad de los servicios
- reducen el margen de maniobra de los gestores

Todos los efectos anteriores contribuyen a generar una percepción negativa del cambio, tanto entre los usuarios de los servicios como entre los empleados, aunque ello sea ocasionado por causas exógenas al proceso de reforma.

Las restricciones financieras por otra parte, pueden limitar el avance o la profundización de un proceso de descentralización sectorial, como lo ilustra el caso mexicano, que en su primera etapa, como resultado de la crisis económica de los ochenta desaceleró el avance de la descentralización estatal al provocar una reducción del gasto real total y per cápita que afectó a todos los estados y no permitió avances mayores en materia de descentralización ya que el financiamiento se redujo, principalmente en 1987 y 1988. Los estados descentralizados iniciaron el proceso de descentralización en plena crisis económica, generando en 1989 una reducción del aporte federal al presupuesto estatal en salud y un deterioro en la disponibilidad de recursos per cápita. El establecer un programa de descentralización de carácter voluntario que implica asumir una responsabilidad creciente en el financiamiento de la salud sin que fiscalmente se garantice la obtención de recursos adicionales, es una explicación del estancamiento de la primera fase del proceso de descentralización mexicano de la salud. Asimismo, la crisis de 1994 parecería haber afectado el proceso de descentralización de la salud al retrasar las negociaciones y la firma del Acuerdo que se había anunciado 14 años antes.

La descentralización en un contexto de restricciones presupuestarias puede, por otra parte, implicar un deterioro en la calidad y la cobertura de los servicios, como consecuencia de restricciones económicas y no necesariamente como efecto de la descentralización en sí misma. La asociación entre descentralización y deterioro de la atención de la salud como resultado de restricciones de financiamiento es ilustrado por el caso chileno. En Chile, uno de los factores -no el único- que incide en la negativa evaluación del proceso de descentralización y del sistema de salud en general, ha sido la drástica caída del nivel de gasto en salud experimentada a partir de los primeros años de los ochenta, lo que explica en gran medida el deterioro experimentado en la calidad y en las condiciones de acceso del sector salud.

Finalmente, en algunos casos la transición hacia un proceso de descentralización implica contar con una mayor disponibilidad de recursos que permita resolver los conflictos y compensar a los sectores o grupos que inevitablemente se van a ver perjudicados durante la transición. En muchos casos, la implementación de nuevas modalidades de distribución presupuestaria se ha visto restringida por la disponibilidad de recursos. Por ejemplo, en el caso de Nicaragua, hubieron escasos avances en cuanto a la aplicación de mecanismos de asignación de recursos sobre la base del criterio per-capita corregido, debido a que se tuvo que consensuar dicha implantación por la vía de garantizar la mantención de los presupuestos nominales para aquellos Silais que, como resultado del cambio en el sistema

de definición de presupuesto, se hubieran visto perjudicados. En un contexto de reducción presupuestaria, la instauración de nuevos mecanismos de asignación de recursos estuvo fuertemente restringida. Por otra parte, en México, para asegurar la viabilidad del proceso de descentralización fue necesario garantizar a los diversos estados que las diferencias en materias presupuestarias se generarían a partir del piso ya existente y solo los incrementos marginales de presupuesto serían susceptibles de ser distribuidos en forma discrecional entre los diferentes estados. En ese sentido, un componente central de la implantación de una reforma, que implica un elevado grado de negociación, es la disponibilidad de recursos financieros dirigidos a compensar a los actores perdedores.

c) *Factores asociados al diseño de las reformas*

Diversos factores vinculados con el diseño de las reformas y su proceso de implantación constituyen un elemento central en la determinación del impacto de la descentralización sobre los indicadores de eficiencia y equidad.

En primer lugar, el proceso de descentralización debe estar inserto dentro de un proceso más amplio de reforma del sector salud, que permita compensar los costos que inevitablemente provoca inicialmente la descentralización. La ausencia de una estrategia global para el sector salud ha constituido en muchos casos la principal limitante de los procesos de descentralización. La existencia de una visión global del sector salud que defina los objetivos, prioridades e instrumentos relevantes es una condición necesaria para el éxito de los procesos de descentralización que se están implementando en América Latina. Dos ejemplos contrastantes en las experiencias revisadas son Bolivia y Colombia. El primero se destaca por la ausencia de una visión clara respecto del sistema de salud, mientras en el segundo caso, existe un diseño cuidadoso que integra los aspectos relacionados con la provisión y el financiamiento del servicio de salud y define explícitamente en un modelo coherente, el rol de las diversas instancias y actores (incluido el sector privado).

Segundo, las características vinculadas con el modelo de descentralización, su coherencia interna y su relación con el resto de las reformas que afectan al sector salud, constituyen un elemento crucial de la determinación del impacto de un proceso de descentralización. En particular, la existencia de incentivos para descentralizarse³¹, la claridad en el diseño de las responsabilidades asignadas a cada nivel³², la existencia de mecanismos efectivos de coordinación vertical y horizontal³³, la identificación de las entidades responsables de la provisión de los servicios y la ausencia de instancias de participación efectiva, constituyen algunos de los elementos centrales que pueden incidir en la naturaleza de los efectos asociados a un proceso de descentralización. En relación al diseño de las responsabilidades cabe destacar la importancia del rol normativo del nivel central. En particular, la experiencia señala la importancia de operar con un equilibrio normativo, de manera tal que las reglas, claras y transparentes, contribuyan a orientar la conducta de los diferentes actores, respetando la autonomía, sin coartar la iniciativa y sin introducir confusiones a través de la proliferación de complejos sistemas normativos que pueden contribuir a anular el efecto perseguido por el establecimiento de las reglamentaciones³⁴.

Tercero, en el ámbito de las transferencias financieras, la naturaleza de las transferencias de recursos hacia el sector y de las transferencias desde el nivel central hacia los entes subnacionales son determinantes centrales de los incentivos a la descentralización. Experiencias como la brasilera en la cual, la ausencia de automaticidad de las transferencias hacia el sector y la consiguiente vulnerabilidad del financiamiento del sector salud, introduce incertidumbre y temor en los entes descentralizados respecto de la capacidad del nivel central de cumplir con los requerimientos financieros. Por otra parte, la modalidad de transferencias financieras automáticas hacia las esferas subnacionales, determinadas constitucionalmente como en el caso colombiano, no opera como un mecanismo de incentivo a una profundización de la descentralización.

En general, los criterios de asignación interterritorial de los recursos de salud no constituyen un instrumento que esté siendo empleado como incentivo a la eficiencia o como corrector de desigualdades. Como se observa en el cuadro 31, si bien se han comenzado a introducir criterios de distribución sobre una base poblacional, tiende a persistir cierta inercia en la distribución interterritorial de los recursos de salud al predominar los criterios históricos o la distribución en base a negociaciones, lo que contribuye, a su vez, a mantener las desigualdades e ineficiencias en el sector. Los criterios de eficiencia y equidad han sido escasamente introducidos.

Cuadro 31
Criterios predominantes de Asignación Interterritorial de los
Recursos Públicos en Salud

	Negociación	Histórico	Per capita	Equidad	Eficiencia
Argentina					
Bolivia					
Brasil					
Chile					
Colombia					
México (antes de 1996)					
México (post 1996)					
Nicaragua					

Fuente: Elaboración propia en base a Bisang R. y O. Cetrángolo, 1997; Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997; Draibe S., 1997; Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996; Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997; Ornelas C., 1998; Gómez J.P., 1997 y Espinosa J., 1997.

Finalmente, la evidencia indica que uno de los factores determinantes del impacto de los procesos de descentralización sectorial en materia de eficiencia y equidad se relaciona con la *"ingeniería de montaje"*³⁵ del proceso. El diseño de la reforma debe incluir no solo aquellos aspectos vinculados con la consistencia de los objetivos y prioridades de un

programa, sino que además debe proporcionar los mecanismos para alcanzarlos. Desde esta perspectiva, el desarrollo de mecanismos de monitoreo sistemático de los procesos involucrados, la existencia de sistemas de información adecuados y la presencia de instancias de capacitación representan una condición necesaria para la consolidación de un proceso de descentralización.³⁶ Por último, la implantación de los procesos de descentralización se encuentra íntimamente relacionada con la capacidad de generar consensos frente a una reforma en la cual hay actores que se benefician del proceso y otros que pierden posiciones de poder. De esta forma, el manejo de las diferentes reacciones frente a la reforma, y la capacidad de construir consensos frente a situaciones donde no todos los actores se ven beneficiados, son todos elementos claves del éxito de la reforma. La ausencia de consensos en el caso de América Latina donde los procesos de descentralización han sido originados desde el nivel central, es una de las principales limitantes que enfrentan los procesos de descentralización en la región.

V. RESUMEN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se ha intentado sistematizar las experiencias recientes de descentralización del sector salud en un grupo seleccionado de países latinoamericanos. Este esfuerzo presenta numerosas limitaciones que se derivan de la complejidad y heterogeneidad de las políticas públicas analizadas y de las limitaciones metodológicas que involucra un análisis comparativo en un contexto caracterizado por las diferencias en las condiciones iniciales que enfrentan los países de la región.

Considerando estas limitaciones, en este trabajo se realiza un esfuerzo por desarrollar un marco de análisis que permita comprender la naturaleza de los procesos de descentralización de cada país, identificar las principales restricciones que estos procesos enfrentan y determinar los principales factores determinantes del impacto de un proceso de descentralización, sobre las dimensiones de eficiencia y equidad.

A continuación se resumen las principales tendencias que caracterizan los procesos de descentralización de la salud, los desafíos que plantean estos procesos y las lecciones que surgen de la revisión de las experiencias recientes desde una perspectiva de eficiencia y equidad.

1. Principales tendencias

La experiencia reciente en el ámbito de la salud permite identificar diversas tendencias que están marcando las características de este sector.

- i) En primer lugar, las reformas que se están implementando en el sector salud tienden a enfatizar la necesidad de separar las funciones de provisión de servicios de las de regulación. Adicionalmente, las reformas recientes están orientadas a fortalecer las funciones normativas y reguladoras del Estado y a ampliar el rol de los agentes privados en la provisión de los servicios de salud.
- ii) Las reformas del sector salud tienen como objetivo fortalecer el rol normativo y formulador de políticas nacionales del nivel central, y descentralizar la gestión y ejecución de los programas hacia los niveles subnacionales.
- iii) Los procesos de descentralización de la salud en América Latina, no han seguido un patrón claramente definido, y reflejan en cada caso, las diferentes motivaciones que los han impulsado y las características específicas del entorno económico, social y político.

Estas diferencias, a su vez, se han reflejado en diferencias en las estrategias adoptadas en términos de la secuencia, velocidad y características generales del modelo implementado.

iv) Los procesos de descentralización han sido impulsados en la mayoría de los casos por el poder central. Esta es una característica importante que refleja la fuerte tradición centralista que impregna a la mayoría de las instituciones y agentes involucrados. Como resultado de lo anterior, los procesos de descentralización de la salud han reflejado las restricciones y prioridades del nivel central y no siempre han estado motivados por consideraciones de eficiencia y equidad.

v) Los procesos de descentralización de los servicios de salud en la región están fuertemente marcados por las características del sector. En general, y salvo contadas excepciones, se trata de un sector con importantes déficits en lo que se refiere a insumos, con brechas importantes en los indicadores de resultado respecto de los estándares internacionales, y con serios problemas de eficiencia y equidad. La cobertura del nivel de atención primaria de salud constituye una de las principales debilidades de los sistemas actuales de salud y los crecientes costos que caracterizan la función de producción del sector amenazan con mantener en forma persistente las brechas de cobertura.

2. Principales Desafíos

Los principales desafíos que enfrenta el sector salud en la región son los siguientes:

i) Uno de los principales desafíos está asociado a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud en el marco de un sistema financieramente sólido y sostenible en el mediano plazo. Esto implica que los esfuerzos de descentralización deben estar motivados por el logro de una mayor eficiencia y adicionalmente deben promover y estimular los aumentos de productividad al interior del sector.

ii) El segundo desafío que plantea un proceso de descentralización en la región en el ámbito de la salud, se refiere a la necesidad de compatibilizar el logro de una mayor eficiencia con la búsqueda de una mayor equidad en la distribución de los beneficios entre los distintos grupos de la sociedad.

En el contexto de una región caracterizada por diferencias marcadas en la distribución de los recursos entre los distintos grupos sociales y entre las distintas jurisdicciones en el territorio nacional, las eventuales ganancias de eficiencia que pueden generar los programas de descentralización, no necesariamente garantizan en forma automática la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y una distribución equitativa de los beneficios que proporciona el sector. Por el contrario, sin una participación activa del Estado, la equidad puede incluso deteriorarse y generar un ambiente de rechazo a los procesos de descentralización.

La ampliación de la cobertura y una distribución más equitativa de los beneficios que proporciona la atención primaria de salud requiere de un esfuerzo importante por parte

del Estado en materia de regulación y establecimiento de programas asistenciales a nivel subnacional, que permita complementar las ganancias de eficiencia que genere un proceso de descentralización.

iii) Tercero, los procesos de descentralización plantean un desafío a la visión tradicional de lo que se entiende que es el rol del Estado en el ámbito de la política social. Los esfuerzos de descentralización requieren una redefinición del rol del Estado en materia de política social. El Estado proveedor debe dar paso a un Estado regulador y subsidiario, responsable del establecimiento de la nueva institucionalidad encargada de regular las relaciones entre proveedores locales (privados y públicos) y usuarios. Adicionalmente, el estado debe establecer los mecanismos de financiamiento que permitan compatibilizar consideraciones de eficiencia con un sistema de transferencias y subsidios focalizados que garanticen una mayor cobertura y una distribución equitativa de los servicios de salud entre la población.

iv) Finalmente, la ausencia de una tradición de gestión descentralizada en América Latina, implica, por otra parte, un desafío adicional, que se refiere a la necesidad de que los esfuerzos de descentralización necesariamente deberán ser liderados por el Estado (nivel central), y por lo tanto se corre el riesgo de que las motivaciones y la orientación de los procesos de descentralización se aparten de lo que debiera ser la motivación básica "mayor eficiencia y ampliación de los servicios de salud". Este no es un tema trivial, ya que la experiencia reciente en nuestra región indica que en muchos casos las dificultades de los programas de descentralización implementados en algunos países, refleja problemas de implementación asociados a sus motivaciones y no necesariamente una falla de los procesos de descentralización propiamente tal.

3. Principales Lecciones

Identificar lecciones generales no es una tarea sencilla ya que la diversidad de experiencias en términos de sus motivaciones y restricciones, así como la ausencia de un modelo único de descentralización limita la posibilidad de derivar conclusiones generales sobre el tema. Sin embargo, y a pesar de estas limitaciones, las experiencias de descentralización del sector salud en la región, permiten extraer algunas lecciones de interés general, que trascienden el ámbito local y que debieran ser incorporadas en el diseño e implementación de los programas de descentralización futuros.

i) Una lección importante es que no existe un modelo ideal, y por lo tanto, la forma que asuma el modelo de provisión y financiamiento de la atención primaria de salud estará determinada fundamentalmente por los numerosos factores que intervienen en los complejos sistemas de atención de salud, los que afectan directa o indirectamente el proceso de provisión de los servicios. Para el diseño de política es necesario considerar los factores exógenos o características estructurales relacionadas con la provisión de los servicios de salud y solo una vez identificadas las restricciones y/o potencialidades naturales, así como los objetivos del proceso de descentralización sectorial, buscar los elementos de política que permitan compatibilizar la eficiencia y la equidad.

ii) La economía política del proceso de implantación de la descentralización es importante. No es suficiente un buen diseño del modelo, sino que la implementación o montaje del modelo es esencial en los resultados del proceso. En el caso de Colombia, por ejemplo, una concepción muy adecuada del modelo de salud, con una innovadora combinación entre aseguramiento y gestión territorial, sufre las consecuencias de la ausencia de construcción de consensos, siendo percibido como una imposición gubernamental. No obstante la construcción de consensos en condiciones de falta de representatividad de los organismos asociados al sector salud es insuficiente, siendo necesario un proceso de negociación entre los actores que pierden con la reforma.

iii) Con todas las limitaciones que impone el hecho de que las experiencias analizadas se encuentran en una etapa prematura, y donde es muy difícil aislar los factores de contexto de aquellos vinculados con el propio proceso de descentralización, la evidencia preliminar sugiere que el impacto de la descentralización sobre la eficiencia y la equidad, no siempre ha sido positivo, pero al mismo tiempo, sugiere que existe un potencial en materia de eficiencia.

Los avances observados cuanto a la eficiencia social se derivan de la mayor autonomía de los niveles subnacionales, particularmente en lo que se refiere a la autonomía en aquellas funciones ligadas con la gestión, pero, los escasos progresos en materia de participación introducen dudas respecto del grado en que las decisiones en salud en un contexto descentralizado reflejen de una manera más adecuada las preferencias de la comunidad.

El impacto sobre la eficiencia técnica es ambiguo, pero existen potencialidades en la medida que se introduzcan modificaciones al diseño de las políticas. Finalmente, en materia de equidad, la evidencia advierte respecto de la necesidad de reforzamiento del rol compensador de las desigualdades interterritoriales por parte del nivel central, en la medida que se detectan importantes grados de dispersión de carácter regresivo en la distribución espacial de los recursos en salud. Adicionalmente, en general, los criterios de asignación interterritorial de los recursos sectoriales no están siendo guiados por factores de eficiencia y equidad, predominando criterios inerciales, aunque también se observa cierta tendencia a introducir criterios igualitarios basados en la población.

iv) La evidencia indica que existe un *trade-off* potencial entre eficiencia y equidad en el contexto de los programas de descentralización de los servicios de salud. Este conflicto entre eficiencia y equidad refleja el impacto de los procesos de descentralización en un contexto caracterizado por la existencia de disparidades marcadas en la distribución de los recursos entre las unidades locales y la ausencia de mecanismos adecuados de transferencias por parte de la autoridad central.

Este conflicto se reproduce a nivel intraterritorial. Una manifestación del *trade-off* entre eficiencia y equidad al interior de una localidad la provee la creciente tendencia a incorporar el copago como mecanismo de financiamiento. Si bien el copago genera mayores recursos que pueden ser empleados de manera más flexible por las unidades proveedoras del servicio, aumentando la autonomía y mejorando la eficiencia, la experiencia

sugiere que las disparidades entre unidades localizadas en jurisdicciones con mayores restricciones tienden a ampliarse en relación a aquellas localizadas en regiones de mayor desarrollo relativo.

La posibilidad de eliminar estos *trade-off* entre eficiencia y equidad requiere que los procesos de descentralización vayan acompañados de programas asistenciales bien focalizados que compensen la eliminación de los subsidios cruzados que caracterizan los esquemas centralizados.

v) La evidencia indica que el éxito de los procesos de descentralización depende en una medida importante de la naturaleza de la relación entre reformas descentralizadoras y el conjunto de reformas estructurales que se hayan implementado.

La descentralización de los servicios de salud modifica la relación entre usuarios y proveedores y muchas veces requiere a nivel local de una mayor participación de los proveedores privados. Esto implica que el éxito de un proceso de descentralización va a depender de la existencia de agentes privados organizados o proveedores de servicios desarrollados previamente. El éxito de un proceso de descentralización dependerá de la capacidad de promover una adecuada competencia en los niveles locales y esto probablemente requiere de la aplicación de reformas previas o simultáneas a los procesos de descentralización que promueva el surgimiento de un entorno más competitivo y la existencia de mercados organizados en el ámbito de la provisión de los servicios de salud.

vi) Otra lección que sugiere la experiencia de descentralización de la atención primaria de salud en la región, se refiere a la necesidad de impulsar los procesos de descentralización en un contexto de relativa holgura financiera o no excesivamente restrictiva.

La experiencia ilustra ejemplos caracterizados por la implementación de reformas motivadas por razones fiscales o presupuestarias en el entorno de programas de ajuste y estabilización. En este contexto, las reformas del sector salud dirigidas a ampliar el rol del sector privado y descentralizar la gestión pública, se realizaron en un contexto de fuertes restricciones del aporte del Estado al sector y donde las consideraciones de eficiencia y equidad pasaron a segundo plano. En este sentido, el fracaso de las experiencias de descentralización podría reflejar más bien las fallas de implementación del proceso y no necesariamente las limitaciones de un modelo descentralizado de gestión.

vii) Por otra parte, la evidencia indica que el éxito de un proceso de descentralización depende, en una medida importante, de la coordinación que exista entre las responsabilidades vinculadas con la provisión y la autonomía financiera.

viii) La experiencia latinoamericana indica que los procesos de descentralización deben ir acompañados por un uso más intensivo de los subsidios a la demanda y restringir los subsidios a la oferta, que todavía representan la forma generalizada a través de la cual el Estado implementa sus programas asistenciales en el área de salud.

Los subsidios a la demanda pueden ser un instrumento adecuado para promover la competencia al interior de las unidades locales entre los distintos proveedores y adicionalmente pueden contribuir a desarrollar una actitud más participativa de parte de las personas, fortaleciendo por esta vía, las instancias de control que son responsabilidad de los usuarios. Uno de los problemas que plantea en la actualidad la aplicación de un modelo de gestión descentralizada es la ausencia de una tradición que estimule la participación de los distintos agentes involucrados en la gestión y control de las instituciones responsables de la provisión de los servicios de salud. Una adecuada combinación de subsidios a la oferta y a la demanda pueden contribuir en forma significativa a ampliar la participación y los mecanismos de control por parte de los usuarios a los proveedores.

ix) Los serios problemas de cobertura, eficiencia y calidad que enfrenta el sector de la salud en nuestra región, plantea un doble desafío desde la perspectiva del rol del Estado. En primer lugar, resulta evidente que el esquema centralizado caracterizado por un sector público que monopoliza la provisión de los servicios de salud se ha agotado y se requiere actualmente ampliar las instancias de participación del sector privado en la provisión de los servicios de salud y avanzar hacia un esquema más descentralizado en el ámbito de la gestión y flexibilizar los mecanismos de financiamiento. Sin embargo, la evidencia recogida de las experiencias recientes en materia de privatización de los programas de salud y de descentralización de la gestión de los organismos públicos, sugiere que esto no es suficiente.

El éxito de los programas de descentralización depende crucialmente de la capacidad del Estado de establecer mecanismos de regulación y control eficaces y adecuados a la nueva institucionalidad que impone un proceso de descentralización, así como de la capacidad de incorporar en forma explícita en el diseño de las estrategias, algunos de estos elementos que son específicos del sector.

x) La retirada del Estado de las funciones de proveedor en el ámbito de la salud, que ha caracterizado y coincidido con las reformas dirigidas a descentralizar los servicios de salud, debe ir acompañada de un fortalecimiento del marco regulatorio y de control que sirva de marco de referencia a las actividades que desarrollan las unidades locales descentralizadas.

La ausencia de una tradición asociada a la existencia de entes descentralizados en un competitivo plantea serios problemas de control por parte de los usuarios. Por lo tanto, en una primera etapa, los esfuerzos de descentralización deben ir acompañados por un fortalecimiento de las instituciones de regulación y control que garanticen una adecuada asignación de recursos.

xi) Es necesario establecer un "equilibrio normativo". Las normas y reglamentaciones asociadas a los procesos de descentralización deben contribuir a clarificar las competencias y responsabilidades correspondientes a cada instancia de los diferentes niveles de gobierno. Sin embargo, por razones de eficiencia, debe evitarse el exceso normativo que acaba por ser ineficaz y en ocasiones paraliza la iniciativa de los agentes involucrados.

xii) Finalmente, una lección que surge de la revisión de las experiencias de descentralización en la región se refiere a las restricciones que impone al proceso la ausencia de personal calificado en las unidades locales. Los programas de capacitación pueden ser un complemento indispensable para el éxito de un proceso de descentralización. Esta capacitación debe ser entendida en un sentido amplio y no debiera limitarse a los funcionarios asociados a los entes descentralizados. Los problemas de "calificación" incluyen también a los usuarios, que muchas veces no perciben las exigencias de información que plantea un esquema descentralizado y más competitivo y por otra parte, muchas veces son la instancia donde se encuentra más arraigada la cultura centralista. Por lo tanto, el rol de la autoridad en la promoción y financiamiento de la capacitación y en la provisión de información adecuada, puede representar una diferencia importante en la determinación del éxito o fracaso de los programas de descentralización.

Notas

1. Argentina, Brasil y México son naciones con organización federal. A su vez, Colombia especialmente a partir de la reforma constitucional de 1991, profundizó las tendencias descentralizadoras.
2. Véase Departamento Nacional de Planeación, 1996, pg.19.
3. Se emplea el concepto de implantación en lugar de implementación debido a que este último se refiere a la gestión de la política, mientras que implantación alude al proceso de la reforma, donde la gestión es solo uno de los aspectos del proceso.
4. En algunos países con una larga tradición en materia de política pública, como es el caso de México, subsiste una porción de la población que aun está desatendida en términos de la atención primaria de salud. En el caso de México, por ejemplo, se estimaba en 1996 que entre 7 y 10 millones de habitantes no recibían ningún tipo de atención de salud. En forma similar, en Bolivia, un 26% de la población nacional no tiene acceso a ningún tipo de servicios formales de salud, siendo más grave la situación en el área rural. El caso de Bolivia es ilustrativo también de la precariedad del sistema de salud como lo señalan sus indicadores promedio de mortalidad infantil, 75 por mil nacidos vivos, y materna, 390 por cada 10,000 nacidos vivos, comparándose desfavorablemente con el promedio latinoamericano que alcanza a 38 y 189, respectivamente.
5. La segmentación institucional tiende a dar origen a situaciones inequitativas, como por ejemplo, la coexistencia de zonas con redundancia y otras, usualmente rurales, en las que no se recibe atención o se proveen servicios en forma irregular como ocurre en México, o bien, dando lugar a redes paralelas de servicios como ocurría en Brasil antes de la reforma de salud.
6. Por ejemplo, la distribución de la *cobertura de salud* entre provincias en la Argentina mostraba en 1990 diferencias de 1.9 veces, con una situación privilegiada en la Capital Federal en que la cobertura de salud (obra social o plan médico) alcanzaba a casi el 80% de la población, en contraste con Formosa, donde el aseguramiento alcanzaba a

cubrir a tan sólo el 42.2% de la población. Por otra parte, como muestra de la disparidad de indicadores de resultado, se puede mencionar que la relación entre la jurisdicción mejor posicionada y aquella peor posicionada en términos de la *tasa de mortalidad infantil* es de 13.6 a 31.4 a nivel provincial en Argentina, de 10 a 43.4 entre subregiones colombianas y de 5.4 a 34.9 a nivel estatal en México. El mismo indicador de dispersión territorial aplicado a algunos indicadores de insumos señala diferencias aun más significativas, tal como *Médicos por mil habitantes* que en Bolivia muestra una discrepancia de 6.3 a 2.3 a nivel departamental y aun más seria a nivel municipal, alcanzando a 2.01 a 0.024 para el departamento de Pando. Finalmente, el mismo ejercicio aplicado a la *disponibilidad de camas por cada mil habitantes* da cuenta de diferenciales que van desde 4.3 a 1.6 entre provincias argentinas y de 2.6 a 0.3 entre departamentos en Colombia.

6. Ya que tiene costos marginales positivos y es posible establecer el principio de exclusión. En efecto, la incorporación de población adicional a la red pública tiene impactos presupuestarios y es relativamente simple desarrollar mecanismos que identifiquen cuál es la población beneficiaria.

7. Para una revisión exhaustiva de este tema ver Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga, 1996.

8. Esta distinción fue presentada por Ricardo Carciofi durante el *Seminario Regional sobre Descentralización de la Educación y Salud*, realizado en Puebla, México, los días 24, 25 y 26 de marzo de 1997.

9. En este documento, también se consideran transferencias de responsabilidades de gasto desde algún nivel de gobierno hacia la unidad de producción (hospital).

10. Aunque es posible detectar situaciones en las cuales ha habido transferencias de competencias que no van adecuadamente acompañadas de transferencias de recursos.

11. Bolivia todavía se encuentra en una etapa básica de organización del sistema público de salud, aun no se está pensando sobre temas relacionados con la integración del sector público con el Seguro Social en salud, ni con el sector privado.

12. Estimaciones de gasto federal (responsable del 75% del gasto público total en salud) muestran una reducción desde US\$ 65.9 per capita en 1990 a US\$ 49.6 en 1993.

13. El director de cada uno de los Servicios de Salud es nombrado por el Ministerio.

14. En el estatuto, que representa un código de trabajo regulado, se establecen por ejemplo, valores promedios salariales por los cuales responde el nivel central, sin perjuicio de lo cual, los municipios pueden establecer incentivos salariales que deben ser financiados por la propia jurisdicción. Las modificaciones a las condiciones laborales introducidas a través del estatuto no ha alterado la condición de inamovilidad a la que están sujetos los funcionarios de los consultorios.

15. El contenido de la actividad del consultorio es básicamente determinado por la autoridad técnica del Ministerio de Salud y no por el alcalde.
16. Se han creado más de 100 Consejos de Desarrollo, lo que representa una cobertura de aproximadamente un quinto de las unidades productivas.
17. Por ejemplo, de los ingresos recibidos por concepto de situado fiscal, cada entidad territorial tiene que destinar el 60% a educación, el 20% a salud y el 20% restante a los mismos sectores de acuerdo a un criterio discrecional de la entidad. Del porcentaje destinado a salud, al menos el 50% debe orientarse a actividades del primer nivel de atención. En forma similar, de los ingresos provenientes de la PICN, el 80% de los recursos son de asignación forzosa a inversión en los sectores de educación, salud, recreación y agua potable. El 20% restante es de libre inversión. Además hay indicaciones de gasto en términos que debe invertirse en las zonas rurales una proporción equivalente a la participación de la población que habita en ella más un 10% si el porcentaje de la población rural supera el 10%.
18. A pesar de que muchas de las competencias traspasadas nunca fueron territoriales.
19. En la práctica presenta algún retraso quedando pendiente la transferencia de un 20% de recursos aproximadamente.
20. La fórmula aun no está definida, pero sí lo están los índices de rezago.
21. Sindicatos a quienes se les garantiza la homologación salarial y ninguna pérdida de atribuciones adquiridas hasta ahora, y gobernadores a quienes se les ha garantizado la mantención del presupuesto.
22. En estricto rigor, el modelo tiene un componente de delegación en la medida que la transferencias de funciones se realiza a entidades situadas fuera de la estructura burocrática normal del gobierno central, estos son los Silais.
23. En el Consejo Nacional de Salud participan miembros de la sociedad civil, gremios, sindicatos de trabajadores de salud, universidades, miembros de la asamblea nacional y de la empresa privada.
24. Las Juntas Directivas han ido perdiendo importancia a nivel nacional estas entidades participativas, aunque para Silais específicos, constituye una institución de gran relevancia.
25. Un indicador parcial, pero indicativo del grado de descentralización consiste en la distribución territorial de la ejecución del gasto público sectorial, o alternatively, la distribución territorial del financiamiento del gasto después de las transferencias. Se trata de un indicador parcial en el sentido de que es posible que en un país el nivel central realice transferencias de recursos significativas, sin embargo, que la naturaleza de la transferencia de recursos limite la autonomía que el nivel subnacional efectivamente posea sobre el uso y asignación de los recursos transferidos. Sería más correcto separar el total de recursos

que manejan los niveles intermedios, entre aquellos sobre los cuales tienen plena autonomía (recursos propios y transferencias generales), de aquellos que corresponden a transferencias etiquetadas o condicionadas en su uso.

26. Para una discusión de los indicadores financieros del grado de descentralización, ver anexo 1.

27. Un aspecto interesante que ocurre en Bolivia es que de acuerdo a la Ley de Participación Popular, es la población la que está llamada a identificar las demandas y a priorizar los aspectos en los cuales deberían invertir los municipios. En el estudio de campo (ver Ruiz Mier F. y B. Giussani, 1997) se encontró que, a diferencia de educación, la población no demanda salud (no existe un interés para que se provean unos u otros servicios, o para que sean mejor atendidos). Esto puede estar motivado por razones culturales y de tradición. Por ejemplo, en el caso del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, que es un programa gratuito, no se observa un incremento en la cobertura en las regiones Aymara, y ello no refleja un problema de elasticidad precio (porque el servicio es gratuito), sino que representa principalmente un problema de percepción por parte de la población, de cómo es respetada su cultura.

28. Los recursos descentralizados estarán sujetos a dos rendiciones de cuenta pública al año, lo cual introduce elementos de "*accountability*". Frente a la Federación van a rendir una cuenta pública global en base a 71 indicadores, y frente a los estados van a tener que rendir cuenta a los congresos locales sobre cómo se ha gastado el presupuesto, incrementando de esta forma, el control de los gobiernos locales.

29. Respecto de las comparaciones del indicador de desigualdad definido en la manera utilizada en este trabajo, nótese que el valor obtenido del IDIS para una misma variable, depende del nivel subnacional considerado. Es así que en general, a medida que se analiza la desigualdad para niveles subnacionales inferiores, el grado de dispersión es mayor. Por el contrario, si en lugar de considerar municipios, se aplicara el indicador a niveles intermedios, las diferencias entre municipios se tenderían a compensar, observándose desigualdades inferiores mientras más agregada sea la jurisdicción considerada.

30. En el caso de Argentina, debido a la ausencia de información de gasto en salud entre provincias se empleó como variable proxy del gasto un insumo del proceso productivo de salud, como es cama por habitante. Al correlacionar esa variable con la población con NBI no se observa un patrón progresivo, sino más bien una constante con una dispersión pequeña, señalando que posiblemente ha operado algún mecanismo igualador (ver gráfico 2).

31. En una medida importante, los incentivos para descentralizarse están asociados con el acceso al financiamiento. La automaticidad de los recursos reduce los incentivos a descentralizarse, como ocurre por ejemplo en Colombia, donde los departamentos que reciben automáticamente el situado fiscal, tienen pocos incentivos para descentralizarse.

32. La ausencia de claridad de responsabilidades deja espacio para una gran discrecionalidad, a veces en torno a una sola persona con iniciativa (lo que puede generar efectos positivos o negativos), duplicación de funciones, ausencia de *accountability*, y finalmente, puede generar ineficiencias que se traducen en alto costo para el sistema de salud.

33. En Bolivia, por la naturaleza del modelo de descentralización en base a gestión participativa, la coordinación entre los niveles de gobierno constituye un elemento central para la eficiencia productiva en la provisión de los servicios. Si bien en salud fueron creados los DILOS como instancia de coordinación, debido a su reciente configuración no se ha probado su eficacia. Por otra parte, en Colombia la debilidad en materia de coordinación entre las diferentes direcciones y los programas del Ministerio, impiden a su vez prestar una asistencia técnica homogénea y genera múltiples ineficiencias en el uso de los recursos (Duarte J. 1996).

34. Colombia es un caso ilustrativo de cómo el exceso de normas, reglas, requisitos y procedimientos que acompañan la implementación del nuevo modelo de seguridad social descentralizado puede afectar la claridad de las competencias y estimular la evasión de responsabilidades, transformándose en un sistema altamente complejo, que le quita transparencia y limita su comprensión. En ese caso existen cerca de 150 decretos reglamentarios (muchos de ellos con más de 100 artículos) y un número indeterminado de resoluciones ministeriales de análoga extensión y complejidad (Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997). En el otro extremo, la debilidad del marco regulatorio en Nicaragua, ilustrada por el hecho que no existe siquiera una ley orgánica que crea el Ministerio de Salud, es una limitante de la claridad respecto de las responsabilidades de las distintas instancias que intervienen en el proceso de provisión y financiamiento del servicio.

35. Término acuñado en Vargas J.E. y A. Sarmiento, 1997, para entender que para un contexto político-económico-social e institucional dado, es necesario definir una estrategia que permita hacer viable la implantación del proceso de descentralización, en términos de plazos, secuencia, margen de negociación y maniobrabilidad con los eventuales actores opositores al proceso y los procesos desencadenantes.

36. En general, en todos los países se observa una ausencia de planificación del proceso en términos de prioridades, cronogramas, metas, estímulos, mecanismos de seguimiento y responsabilidades correctivas claramente definidas. Por ejemplo, en Argentina, la ausencia de un marco de referencia más amplio que guiara las acciones y políticas de salud, debilitó la descentralización como instrumento de política conducente a una mayor eficiencia. En Colombia, la creación del complejo sistema de seguridad social en salud no fue acompañada por un diseño de sus componentes ni de su proceso de implantación, y la falta de dirección y el cambio errático de estrategias contribuyeron a generar desconcierto y desconfianza por parte de los usuarios y las entidades territoriales. En México, por su parte, se constata que la administración pública en salud se ha caracterizado hasta 1996 por decisiones casuísticas, además del marcado centralismo en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo para la Descentralización de los Servicios de Salud (1996), México.
- Barros M.E., S. Piola, S.M. Vianna (1996) "Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas", Texto para Discussao No 401, IPEA, Fevereiro.
- Bisang R. y O. Cetrángolo (1997), "Descentralización de los Servicios de Salud en la Argentina", Serie Reforma de Política Pública 47, Proyecto Regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre Financiamiento Público y provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe.
- Bonilla, Javier (1996) "Descentralización de la Secretaría de Salud", en Hacia la Federalización de la Salud en México, Consejo Nacional de Salud, México.
- Carciofi R., O.Cetrángolo y O. Larrañaga (1996) "Desafíos de la Descentralización. Educación y Salud en Argentina y Chile", CEPAL/UNICEF.
- Cardozo Brum, Myriam (1993) "La Descentralización de Servicios de Salud en México: Hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política", en Gestión y Política Pública, vol II No 2 julio-diciembre de 1993.
- Castillo M. (1998) "La Descentralización de los Servicios de Educación en Nicaragua", Serie Reforma de Política Pública 53, Proyecto Regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre Financiamiento Público y provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe.
- CEPAL (1997) "Panorama Social 1996", CEPAL/UNICEF, LC/G.1946-P, Febrero.
- CEPAL/GTZ (1996) "Descentralización Fiscal en América Latina. Balance y Principales Desafíos", Proyecto Regional de Descentralización Fiscal CEPAL/GTZ, LC/L. 948, Julio.
- Cominetti, R. y G. Ruiz (1997) "Evolución del Gasto Público Social en América Latina: 1980-1995". Cuaderno de la CEPAL No 80. LCG/1949P.
- Consejo Nacional de Salud (1996) "Hacia la Federalización de la Salud en México", México.
- De la Fuente, Juan Ramón (1996) "Federalismo y Descentralización del Sector Salud", en Hacia la Federalización de la Salud en México, Consejo Nacional de Salud, México.

- Departamento Nacional de Planeación (1996) "1996. Cómo va la Descentralización", Planeación y Desarrollo, vol. XXVII/No3/julio-septiembre 1996, Santafé de Bogotá D.C., Colombia.
- Draibe, Sônia Miriam (1998) "Avaliacao da Descentralizacao das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educacao Fundamental", Serie Reforma de Política Pública 52, Proyecto Regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre Financiamiento Público y provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe.
- Di Gropello E. (1998) "Descentralización de la Educación en América Latina: Un Análisis Comparativo", Serie Reforma de Política Pública 57, Proyecto Regional CEPAL-Gobierno de los Países Bajos sobre Financiamiento Público y provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe.
- Duarte, Jesús (1996) "Los Problemas de la Descentralización en Educación y Salud en Colombia", Inédito.
- Espinosa, Jaime (1998) "Nicaragua: Descentralización de los Servicios de Salud", Serie Reforma de Política Pública 55, Proyecto Regional CEPAL/ASDI sobre Financiamiento Público y provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe.
- Fresneda O. y C.E. Vélez (1996) "El Gasto Público Social y Normatividad en Colombia" Coyuntura Social No 14, Mayo 1996.
- Galvao A.C., M.L. Rodriguez y N.F. Zackseski, (1997) "Perfil Regional e Estadual da Execucão da Despesa Orcamentaria da Uniao- 1995", Texto para Discussao No 518, IPEA, Brasília, setembro.
- Gómez, José Pablo (1998) "Evaluación de la Descentralización del Sector Salud en Nicaragua" Serie Reforma de Política Pública 54, Proyecto Regional CEPAL/ASDI sobre Financiamiento Público y provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe.
- González Block M.A., E. Gutiérrez y L. Gutiérrez (1997) "Las Cuentas Estatales de Salud: el gasto de las entidades federativas", en Observatorio de la Salud. Necesidades, Servicios, Políticas. Julio Frenk ed., Fundación Mexicana para el Desarrollo.
- González Block M.A. *et al*, (1989) "Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation and Results of Policy", en Health Policy and Planning, volumen 4, número 4.
- Hernández P., B. Zurita, R. Ramírez, F. Alvarez y C. Cruz (1996) "Las Cuentas Nacionales de Salud" en Observatorio de la Salud, Funsalud, México.
- Jarquín, Agustín (1996) "Criterios, Estrategias y Alcances de la Descentralización y Municipalización en Nicaragua, en Administración Pública y Democracia, Solórzano A. y H. Teuchler ed., Instituto Nicaragüense de Administración Pública y Konrad Adenauer Stiftung.

- Juan, Mercedes (1997) "La Descentralización de los Servicios de Salud a Población Abierta en México", Presentación durante el Seminario Regional sobre Descentralización en Educación y Salud: La Experiencia Latinoamericana", Puebla, México, 24-26 de Marzo de 1997.
- Londoño J.L y O. Icoechea (1996) "Latin American Health Care Systems: A Simple Description of its Financing and Organization", Latin American Technical Department, The World Bank. Preliminary version.
- Lucchese P. (1996) "Descentralizacao do Financiamento e Gestao da Assistencia à Saúde no Brasil: A Implementacao do Sistema Unico de Saúde- Retrospectiva 1990 - 1995", Planejamento e Políticas Públicas 14, Dezembro.
- Medici, André (1996) "Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil" en Federalismo no Brasil. Descentralização e Políticas Sociais, FUNDAP.
- Medici, André (1997) "Perfil da saúde no Brasil". IPEA, Texto para Discussao No. 472, Brasilia.
- Medici A., M. Cicero y M. P. Maciel (1996) "A Dinâmica do Gasto Social na Três Esferas do Governo: 1980-92" en Federalismo no Brasil. Descentralização e Políticas Sociais, FUNDAP.
- Montoya, Silvia (1997) "Reformas al Financiamiento del Sistema de Salud. Argentina", Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 60. Proyecto conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y El Caribe" Unidad de Financiamiento , D.C.I.T.F., CEPAL.
- Narro, José (1996), "Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta", en Hacia la Federalización de la Salud en México, Consejo Nacional de Salud, México.
- Ornelas, Carlos (1998) "El proceso de Descentralización de los Servicios de Salud a la Población Abierta en México", Serie Reforma de Política Pública 58, Proyecto Regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre Financiamiento Público y provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe.
- PAHO (1995), "National Health Expenditure and Financing in Latin America and the Caribbean. Challenges for the 1990s. Health Development Series No. 3, Pan American Health Organization, Washington D.C.
- Palacios, Marta (1996), "Descentralización y la Participación Ciudadana, en Administración Pública y Democracia, Solórzano A. y H. Teuchler ed., Instituto Nicaragüense de Administración Pública y Konrad Adenauer Stiftung.
- Ruiz Mier, F. y B. Giussani (1997), "El Proceso de Descentralización y el Financiamiento de los Servicios de Educación y Salud en Bolivia". Serie Reforma de Política Pública 48, Proyecto Regional CEPAL/ASDI sobre Financiamiento Público y provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe.

- Secretaría de Participación Popular (1996) "Bolivia. La Participación Popular en Cifras: Resultados y proyecciones para analizar un proceso de cambio", Ministerio de Desarrollo Humano.
- Tovar y de Teresa, Fernando (1996) "Acciones para consolidar la Descentralización de las Cuotas de Recuperación y los Programas de la Beneficencia Pública", en La Descentralización de los Servicios de Salud: Una responsabilidad compartida, Consejo Nacional de Salud, Juan Ramón de la Fuente y Mercedes Juan (compiladores), México.
- Vargas J.E. y A. Sarmiento (1997), "La Descentralización de los Servicios de Salud en Colombia", Serie Reforma de Política Pública 51, Proyecto Regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre Financiamiento Público y provisión de los Servicios Sociales: El Rol del Estado en Educación Básica y Atención Primaria de Salud en América Latina y El Caribe.
- Vargas de Flood, M.C. (1997), "Gasto y Financiamiento en Salud en Argentina", Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 57. Proyecto conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y El Caribe" Unidad de Financiamiento, D.C.I.T.F., CEPAL.
- World Bank (1996) "Social Indicators of Development". A World Bank Book. John Hopkins University Press, Baltimore and London.

ANEXO 1

INDICADORES FINANCIEROS DEL GRADO DE DESCENTRALIZACIÓN

Una forma de estimar el grado de profundidad de un proceso de descentralización sectorial o fiscal es a través del uso de indicadores financieros simples como son la distribución territorial del gasto o del financiamiento de ese gasto. En principio, una distribución del gasto concentrada en el nivel central es indicativo de un escaso grado de descentralización, por el contrario, una participación importante del nivel local en el financiamiento del gasto señalaría un importante grado de descentralización.

Sin embargo, en el análisis de estudios empíricos que incorporan este tipo de indicadores es usual encontrar información que es poco clara respecto del contenido y que requiere una comprensión de la cifra para su interpretación. A continuación se discute brevemente la utilidad de algunos conceptos relacionados con los indicadores financieros mencionados.

Sean:

G^{CC}	=	gasto que ejecuta el gobierno central en el nivel central
G^C_I	=	gasto que ejecuta el nivel central en el nivel intermedio
G^C_L	=	gasto que ejecuta el nivel central en el nivel local
G^C	=	gasto total ejecutado por el nivel central
G^I	=	gasto que ejecuta en nivel intermedio en el nivel intermedio
G^I_L	=	gasto que ejecuta el nivel intermedio en el nivel local
G^I	=	gasto total ejecutado por el nivel intermedio
G^L_L	=	gasto que ejecuta el nivel local en el nivel local
G^L	=	gasto total que ejecuta el nivel local
G_C	=	gasto total ejecutado en el nivel central
G_I	=	gasto total ejecutado en el nivel intermedio
G_L	=	gasto total ejecutado en el nivel local
F^C	=	presupuesto del nivel central asignado al sector
F^I	=	presupuesto del nivel intermedio, proveniente de recursos propios, asignado al sector
F^L	=	presupuesto del nivel local, proveniente de recursos propios, asignado al sector
T^C_I	=	transferencias del nivel central hacia el nivel intermedio
T^C_L	=	transferencias del nivel central hacia el nivel local
T^I_L	=	transferencias del nivel intermedio hacia el nivel local

De lo anterior se tienen las siguientes igualdades e identidades:

$$G^C = G^{CC} + G^C_I + G^C_L \quad (1)$$

$$G^I = G^I_I + G^I_L \quad (2)$$

$$G^L \equiv G^L_L \quad (3)$$

$$G_C \equiv G^C_C \quad (4)$$

$$G_I = G^C_I + G^I_I \quad (5)$$

$$G_L = G^C_L + G^I_L + G^L_L \quad (6)$$

Asumiendo que no existe capacidad de endeudamiento de los diferentes niveles, entonces:

$$G^C = F^C - T^C_I - T^C_L \quad (7)$$

$$G^I = F^I + T^C_I - T^I_L \quad (8)$$

$$G^L = F^L + T^C_L + T^I_L \quad (9)$$

Esto es, el gasto total que ejecute el nivel central está dado por el presupuesto neto del nivel central, vale decir, descontadas las transferencias dirigidas a los niveles subnacionales que son utilizadas por los propios niveles subnacionales.

De lo anterior surgen los siguientes conceptos:

a) *Distribución Territorial del Gasto*

La distribución territorial del gasto refleja el gasto total que es ejecutado en cada uno de los niveles independientemente de quién o qué nivel es el que gasta.

Este concepto se resume en el siguiente cuadro:

G_C	G_I	G_L
G^C_C	$G^C_I + G^I_I$	$G^C_L + G^I_L + G^L_L$

Este concepto responde a la pregunta ¿cuánto se gasta en cada nivel territorial, independientemente de quién gasta?. Este es un indicador parcial de la descentralización en el sentido que es posible por ejemplo que G_L sea muy importante, pero debido a que el nivel central gasta sumas importantes a nivel territorial, en donde el nivel local no tiene incidencia en las decisiones de gasto, o en otras palabras, porque G^C_L es muy elevado y G^I_L y G^L_L son bajos.

En general, este es un indicador que es difícil de conocer en la práctica.

b) *Distribución Territorial de la Ejecución del Gasto*

La distribución territorial de la ejecución del gasto refleja quién ejecuta o toma las decisiones de gastar los recursos, independientemente de las fuentes de financiamiento, o en otras palabras, señala cuál es la disponibilidad de recursos para el gasto en cada sector.

G^C	G^I	G^L
$G^C_C + G^C_I + G^C_L$	$G^I_I + G^I_L$	G^L_L
$F^C - T^C_I - T^C_L$	$F^I + T^C_I - T^I_L$	$F^L + T^C_L + T^I_L$

Este es un mejor indicador del grado de descentralización que el anterior en la medida que señala la capacidad de ejecución de cada nivel. Sin embargo, al interpretarse es necesario tomar en consideración la naturaleza del financiamiento en el sentido que debe analizarse:

- i) la capacidad de financiamiento autónomo, o sea, la importancia relativa de F^C , F^I y F^L , y
- ii) la naturaleza de las transferencias.

Es posible que los niveles intermedio o local sean importantes ejecutores de gasto, pero ello puede ser debido a que:

- a) Son importantes generadores de recursos propios sobre los cuales tienen autonomía.
- b) Son receptores importantes de transferencias desde niveles de gobierno superiores y las transferencias son de carácter general o de libre disponibilidad sobre las cuales los niveles subnacionales tienen autonomía para su asignación.
- c) Son receptores importantes de transferencias desde niveles de gobierno superiores y las transferencias son de carácter específico o condicionadas, y donde los niveles subnacionales tienen escasa autonomía para su asignación.

En las primeras dos situaciones hipotéticas, el grado de descentralización es alto, mientras que en el tercer caso, a pesar de ser importantes ejecutores de gasto, los niveles subnacionales no tienen un poder de decisión efectivo, en consecuencia, el grado de descentralización resulta escaso.

c) *Distribución Territorial del Financiamiento del Gasto*

La otra cara de la medalla del análisis anterior lo constituye el lado del financiamiento. Usualmente esta es la información empírica que suele encontrarse en los países.

Sin embargo, al interpretar los datos es importante analizar si la información refleja el financiamiento o presupuesto total del sector, o si es neta de transferencias.

Esto es importante al realizar análisis comparativos entre países ya que en algunos casos la información se expresa en forma bruta y en otras, en forma neta de transferencias.

Ambos indicadores son interesantes desde el punto de vista de medición del grado de descentralización, sin embargo el concepto neto es más completo en la medida que usualmente los sistemas fiscales son altamente centralizado en lo que respecta a recaudación de ingresos y operan sistemas de transferencias desde el nivel central hacia los niveles subnacionales. En este último caso es necesario considerar los cuidados recién señalados en términos de la naturaleza de esas transferencias.

F^C	F^I	F^L
$F^C - T^C_I - T^C_L$	$F^I + T^C_I - T^I_L$	$F^L + T^C_L + T^I_L$

ANEXO 2

INDICADORES FINANCIEROS DE DISPERSION Y PROGRESIVIDAD INTERTERRITORIAL

Existen diversas formas para evaluar el grado de dispersión de distintos indicadores entre territorios, tales como la desviación standard respecto de un valor promedio ponderado, o bien la comparación de los valores máximos y mínimos que presentan distintas jurisdicciones. Debido a la ausencia de valores promedio ponderado a nivel nacional para el grupo de variables para las cuales se dispuso de información en el grupo de países analizados, en este trabajo se utilizó un indicador de desigualdad que es una variación de la aproximación ligada a comparaciones de valores máximos y mínimos.

Se definió un indicador del grado de desigualdad interterritorial (IDIS) que permite comparar la diferencia entre el valor promedio del grupo de jurisdicciones que representan el 20% de los territorios que exhiben los mayores niveles de gasto o financiamiento per cápita en salud, y el valor promedio del grupo de jurisdicciones que representan el 20% de los territorios que presentan los menores niveles del indicador financiero analizado. De esta forma, si las N jurisdicciones de un país son ordenadas de mayor a menor valor del indicador financiero per capita, el valor del IDIS será simplemente:

$$IDIS = \frac{\sum_{j=1}^{0.2*N} g_j}{\sum_{j=N-i}^N g_j}$$

donde: g_j = indicador financiero per capita de la jurisdicción j

$j = 1, \dots, N$

$i = 1, \dots, 0.2*N+1.$

Por ejemplo, si en un país que se compone de 10 jurisdicciones con una distribución interterritorial del gasto como se muestra a continuación:

Jurisdicción	Gasto per capita en Salud
j1	100
j2	80
j3	60
j4	55
j5	48
j6	46
j7	39
j8	25
j9	12
j10	8

El grado de desigualdad medido para el 20% de las jurisdicciones será:

$$IDIS_{\text{gasto p/c}} = \frac{j1 + j2}{j9 + j10} = \frac{180}{20} = 9$$

Lo anterior refleja que el gasto per capita promedio en salud del 20% de las jurisdicciones que reciben un mayor nivel de gasto es 9 veces superior al gasto per capita promedio del 20% de las jurisdicciones que exhiben los menores niveles de gasto per capita.

La disparidad que muestra el indicador IDIS no permite captar si se trata de una desigualdad interterritorial progresiva o regresiva. Ello dependerá de las características de las jurisdicciones que son beneficiadas con un mayor nivel de recursos per capita. Por ejemplo, si las jurisdicciones más beneficiadas son aquellas que muestran los mayores déficits en términos de indicadores de bienestar, podría afirmarse que la desigualdad interterritorial de recursos públicos per capita es igualadora en el sentido que contribuye a compensar las brechas interterritoriales. Por el contrario, si las jurisdicciones que reciben mayores niveles de recursos per capita coinciden con aquellas que muestran mejores indicadores de bienestar, la distribución interterritorial de recursos en lugar a contribuir a la eliminación de las disparidades interterritoriales, contribuye a su ampliación.

Con el objeto de captar la orientación de las desigualdades interterritoriales de recursos es necesario comparar la distribución interterritorial de los recursos per capita con la distribución interterritorial de algún indicador de bienestar disponible (por ejemplo, PIB per capita, Población con NBI, Pobreza, Déficit de atención en salud, cobertura en salud, etc.).

En el siguiente ejemplo se ilustra cómo para una distribución interterritorial dada de la pobreza, una asignación interterritorial de recursos puede tener un efecto progresivo o regresivo.

Una estimación de la desigualdad interterritorial de la pobreza al 20% de las jurisdicciones indica que las jurisdicciones mejor posicionadas respecto de ese indicador tienen un tercio del nivel de pobreza de aquellas jurisdicciones más afectadas por la pobreza. En efecto, si se estima el IDIS para la pobreza, se tendrá:

$$\text{IDIS}_{\text{Pobreza}} = \frac{P_1 + P_2}{P_9 + P_{10}} = \frac{14}{72} = \frac{1}{3}$$

Jurisdicción j_i	(A) Pobreza (%) P_i	(B) Gasto per capita g_i	(C) Gasto per capita g_i
j1	10	100	8
j2	14	80	12
j3	15	60	25
j4	18	55	39
j5	19	48	46
j6	20	46	48
j7	26	39	55
j8	28	25	60
j9	32	12	80
j10	40	8	100

Ahora bien, si para las jurisdicciones mejor y peor posicionadas en términos de pobreza se estima el valor del IDIS del gasto per capita de acuerdo a las distribuciones de las columnas B y C, se tendrán resultados opuestos en materia de progresividad interterritorial del gasto per capita. En efecto, si la distribución interterritorial corresponde a la que se muestra en la columna B, la asignación interterritorial de recursos es regresiva puesto que las jurisdicciones con menor nivel de pobreza, reciben 9 veces el gasto de aquellas jurisdicciones con mayor nivel de pobreza. Por el contrario, si la distribución interterritorial de recursos es la que aparece en la columna C, se tendrá que las jurisdicciones mejor posicionadas en términos de pobreza reciben tan solo 1/9 de los recursos per capita que se asignan a las jurisdicciones con mayor pobreza, tratándose en este caso de una distribución interterritorial progresiva.

$$\text{IDIS}^B_{\text{Gasto p/c}} = \frac{g_1 + g_2}{g_9 + g_{10}} = \frac{180}{20} = 9$$

$$\text{IDIS}^C_{\text{Gasto p/c}} = \frac{g_9 + g_{10}}{g_1 + g_2} = \frac{20}{180} = \frac{1}{9}$$

SERIE REFORMAS DE POLITICA PUBLICA*

- 1 Economía y economía política de la reforma comercial colombiana. Autor: José Antonio Ocampo. Abril de 1993, (LC/L.726).
- 2 Inestabilidad macroeconómica y flujos de comercio en Argentina, 1978-1991. Autor: Adolfo Canitrot. Abril de 1993, (LC/L.732).
- 3 A political economy analysis of import tariff policy in Brazil: 1980-1988. Author: Renato Baumann. May 1993, (LC/L.733).
- 4 La reforma del régimen comercial en México durante los años ochenta: sus efectos económicos y dimensiones políticas. Autor: Jaime Ros. Abril de 1993, (LC/L.743).
- 5 Economía política de la apertura comercial chilena. Autor: Patricio Meller. Abril de 1993, (LC/L.744).
- 6 The political economy of trade and industrial policy reform in Brazil in the 1990s. Authors: Winston Fritsch and Gustavo H.B. Franco. June 1993, (LC/L.762).
- 7 Reformas tributarias en Argentina. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.763).
- 8 Reformas tributarias en Bolivia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.764).
- 9 Reformas tributarias en Chile. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Junio de 1993, (LC/L.765).
- 10 Reformas tributarias en Colombia. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.769).
- 11 Reformas tributarias en Costa Rica. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.770).
- 12 Reformas tributarias en México. Autores: Ricardo Carciofi, Oscar Cetrángolo y Guillermo Barris. Agosto de 1993, (LC/L.771).
- 13 Reformas tributárias na América Latina durante os anos 80: o caso do Brasil. Autores: Sulamis Dain y Patricia Fesch Menandro. Agosto de 1993, (LC/L.772).
- 14 Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações recentes. Autora: Sônia Miriam Draibe. Septiembre de 1993, (LC/L.774).
- 15 Bolívia: desafios e possibilidades em termos de política social. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y Marta T.S. Arretche. Septiembre de 1993, (LC/L.775).
- 16 Brasil: a reforma do sistema de saúde. Autoras: Ana Luiza D'Avila Viana y María Helena G. de Castro. Noviembre de 1993, (LC/L.783).
- 17 La política social en Costa Rica: panorama de sus reformas recientes. Autora: Ana Sojo. Noviembre de 1993, (LC/L.784).

* Para obtener ejemplares de los documentos de esta Serie, se puede escribir directamente a la División de Documentos y Publicaciones de la CEPAL, Casilla 179-D, Santiago.

- 18 Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica. Autores: Ludwig Güendel G. y Juan Diego Trejos S. Enero de 1994, (LC/L.813).
- 19 La política social en Chile: panorama de sus reformas. Autores: Dagmar Raczynski y Rossella Cominetti. Enero de 1994, (LC/L.814).
- 20 Gasto social y ajuste fiscal en América Latina. Autora: Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.819).
- 21 Las privatizaciones en la Argentina: impactos micro y macroeconómicos. Autores: Pablo Gerchunoff y Guillermo Cánovas. Abril de 1994, (LC/L.820).
- 22 Las privatizaciones de las telecomunicaciones en Argentina. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M.R. Schiappacasse. Abril de 1994, (LC/L.821).
- 23 La privatización de Aerolíneas Argentinas. Autores: G. Coloma, P. Gerchunoff y M. Olmos. Abril de 1994, (LC/L.822).
- 24 Privatización y desregulación del sector petrolero en Argentina. Autor: Pablo Gerchunoff. Mayo de 1994, (LC/L.845).
- 25 Privatización, apertura y concentración: el caso del sector siderúrgico argentino. Autores: Pablo Gerchunoff, Carlos Bozzalla y Juan Sanguinetti. Julio de 1994, (LC/L.847).
- 26 La crisis de la empresa pública, las privatizaciones y la equidad social. Autores: Robert Devlin y Rossella Cominetti. Abril de 1994, (LC/L.832).
- 27 Reseña de las reformas de políticas sociales en Colombia. Autor: Hernán Jaramillo. Julio de 1994, (LC/L.848).
- 28 La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: importancia y evaluación de las alternativas de privatización. Autor: Carmelo Mesa-Lago. Julio de 1994, (LC/L.849).
- 29 The divestiture of Telmex. Author: Inder Ruprah. November 1994, (LC/L.871).
- 30 La macroeconomía de América Latina: de la crisis de la deuda a las reformas estructurales. Autores: Mario Damill y José María Fanelli. Diciembre de 1994, (LC/L.874).
- 31 Divestiture and deregulation of public enterprises: the Mexican case. Author: Inder Ruprah. December 1994, (LC/L.875).
- 32 Privatization in Latin America: from myth to reality. Author: Graciana del Castillo. January 1995, (LC/L.880).
- 33 The privatization of Mexicana (CMA). Author: Inder Ruprah. March 1995, (LC/L.883).
- 34 Las dimensiones políticas de la reforma económica en México. Autora: Blanca Heredia. Marzo de 1995, (LC/L.885).
- 35 Las etapas de la liberalización de la economía colombiana. Autor: Andrés López Restrepo. Marzo de 1995, (LC/L.886).
- 36 Democracia, reformas económicas y gobernabilidad en Bolivia. Autor: Eduardo A. Gamarra. Mayo de 1995, (LC/L.894).
- 37 Reforma econômica, democratização e ordem legal no Brasil. Autora: Lourdes Sola. Octubre de 1995, (LC/L.910).
- 38 La experiencia de privatización y capitalización en Bolivia. Autor: Mario Requena. Agosto de 1996, (LC/L.962).
- 39 Análisis de las reformas a la Industria Eléctrica en Bolivia y Nicaragua. Autor: Fernando Cuevas. Agosto de 1996 (LC/L.961).

- 40 Bolivia: Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.963).
- 41 Nuevo marco regulatorio y privatización de las Telecomunicaciones en Nicaragua. Autora: Alejandra Herrera. Agosto de 1996, (LC/L.960).
- 42 La privatización en la Industria Manufacturera en Nicaragua: evidencia de estudios de caso para evaluar el impacto en la eficiencia y equidad. Autor: Rudolf Buitelaar. Agosto de 1996, (LC/L.959).
- 43 La Privatización y el marco regulatorio en Bolivia y Nicaragua: Un análisis comparativo. Autora: Rossella Cominetti. Agosto de 1996, (LC/L.973/add.1).
- 44 La economía política de la privatización en Nicaragua. Autor: Mario De Franco. Septiembre de 1996, (LC/L.986).
- 45 La reforma estructural en los sectores petrolero y eléctrico en Bolivia. Autor: Gonzalo Chávez. Septiembre de 1996, (LC/L.987).
- 46 Las dimensiones políticas institucionales de las reformas estructurales en América Latina. Autor: Juan Carlos Torres. Agosto de 1997, (LC/L.1048).
- 47 Descentralización de los servicios de salud en la Argentina. Autores: Roberto Bisang y Oscar Cetrángolo. Noviembre de 1997, (LC/L.1071).
- 48 El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia. Autores: Fernando Ruiz-Mier y Bruno Giussani S. Noviembre de 1997. (LC/L.1072).
- 49 Características de la descentralización colombiana. Autores: Jorge Enrique Vargas González y Alfredo Sarmiento Gómez. Noviembre de 1997, (LC/L.1073).
- 50 La descentralización de los servicios de educación en Colombia. Autores: Jorge Enrique Vargas y Alfredo Sarmiento Gómez. Noviembre de 1997, (LC/L.1078).
- 51 La descentralización de los servicios de salud en Colombia. Autores: Jorge Enrique Vargas y Alfredo Sarmiento. Noviembre de 1997, (LC/L.1079).
- 52 Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental. Autora: Sônia Miriam Draibe. Enero de 1998, (LC/L.1089).
- 53 La descentralización de los servicios de educación en Nicaragua. Autora: Melba Castillo A. Enero de 1998, (LC/L.1090).
- 54 La descentralización de la salud en Nicaragua. Autor: José Pablo Gómez M. Enero de 1998, (LC/L.1091).
- 55 Nicaragua: La descentralización de los servicios de la salud. Autor: Jaime Espinosa F. Enero de 1998, (LC/L.1092).
- 56 Descentralización de la atención primaria en salud en América Latina: Un análisis comparativo. Autora: Rossella Cominetti, Enero de 1998, (LC/L.1093).