CEPAL
Comisión Económica para América Latina y el Caribe

TALLER SOBRE EVALUACION DE LA GESTION
DEL GASTO PUBLICO EN SALUD

Organizado por CEPAL
con el co-patrocinio de EVO/BID e IPEA

Brasilia D.F. – Brasil, 28 de enero de 1999

TALLER SOBRE EVALUACION DE LA GESTION DEL GASTO PUBLICO EN SALUD

COMPENDIO DE DOCUMENTOS
1999

INDICE

Evaluación de la gestión del Gasto Público en Salud
Experiencia Cubana

Héctor Casals

The World Health Report 1998 ha identificado a la pobreza como la causa fundamental y el principal problema de salud de este siglo. El deseo de salud para todos y la esperanza de un mundo mejor en el que podamos vivir, en el que crezcan nuestros hijos y se desarrollen las nuevas generaciones y con ellas sus pueblos, ahora que se encuentra muy próximo el fin de este siglo y que comienza una nueva era, es uno de los principios fundamentales sobre la base de la cual se viene trabajando día a día en nuestro país.

La globalización de la crisis económica unido al insuficiente financiamiento destinado a los Programas Sociales, dentro de los que como pilar fundamental se sitúa el Sector de la Salud, para enfrentar las insatisfechas demandas de la población, caracterizadas por el creciente deterioro de las condiciones socio-ambientales y la transición de los perfiles demográficos y epidemiológicos, constituyen el desafío contemporáneo para alcanzar la salud y el bienestar, elevar la calidad de vida y lograr el desarrollo social.

El carácter humanista del proceso revolucionario, ha hecho de la salud uno de los pilares del desarrollo social, lo que ha propiciado nuestra solidaridad en la arena internacional con aquellos que la necesiten, no sólo ante desastres naturales, sino además, con la prestación de asistencia médica desinteresada y con la posibilidad brindada por el Estado Cubano, de la formación de profesionales muy calificados a través del otorgamiento de becas a ciudadanos del Tercer Mundo.

De las políticas, procesos y estrategias que ha venido desarrollando Cuba, cuyo perfeccionamiento garantizan el alcance de los objetivos de Eficiencia, Calidad, Equidad y Sostenibilidad que nos proponemos y que responden a los requerimientos técnicos, económicos y sociales del Sistema Nacional de Salud, así como a los intereses del Estado, el Gobierno y el pueblo es que trata este trabajo.

INTRODUCCIÓN

El fomento de la capacidad humana recorre necesariamente el camino del mejoramiento del estado de salud de la población, meta básica del desarrollo humano. Es por ello que los niveles alcanzados por el sector de la salud en Cuba a raíz del proyecto social acometido a partir de 1959, es uno de los elementos esenciales cuya repercusión ha influido en los resultados obtenidos por el país en el logro de este objetivo.

En las décadas anteriores al proceso revolucionario el acceso de los sectores más pobres a los servicios de salud era insuficiente, debido a la ausencia de una política nacional para el desarrollo de estos servicios, de programas integrales para el control de las enfermedades que más aquejaban a la población, de personal calificado e infraestructura que garantizarán las condiciones mínimas indispensables para el desempeño del sector.

La Constitución de la República establece el derecho de todos los ciudadanos a la atención y protección de su salud; erigiéndose el estado como el principal responsable por ello y garantizando el derecho constitucional de forma gratuita y accesible para todos, sin distinción de sexo, raza, edad o cualquier otra condición.

A partir del comienzo de los años 60 fueron organizados programas de atención materno-infantiles, contra las enfermedades transmisibles, las que en aquel momento constituían importantes problemas de salud y el sistema fue orientado hacia la medicina preventiva. Comenzó además la aplicación de políticas de desarrollo científico cuyos resultados se han visto plasmados en la producción de vacunas, instrumentos, reactivos, y medicamentos de tecnología de avanzada para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades.

Por su parte Cuba ha llevado a vías de hecho diversas actividades en materia de cooperación internacional. Entre 1963 y 1989 alrededor de 30000 trabajadores de la salud prestaron sus servicios en el exterior, de ellos cerca de 16000 médicos. Nuestra ayuda se ha hecho presente en múltiples países azotados por desastres naturales, actualmente existen más de 1000 colaboradores en el exterior y muy recientemente con motivo de las consecuencias que para Centroamérica trajo el Huracán Mitch, el gobierno cubano ofreció el envío de 2000 médicos por tiempo indefinido, así como un Programa de formación de 5000 estudiantes de medicina en sus universidades en un plazo de 10 años.

Luego de 1959 han sido muy alentadores los avances alcanzados en esta esfera. En 1961 el Estado Cubano creó el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y en 1969 instituye el Sistema Nacional de Salud (SNS), concediendo una elevada prioridad a su financiamiento por lo que ha conseguido su consolidación y perfeccionamiento en las décadas siguientes.

ANALISIS ESTADISTICO DE LA EVOLUCION DE LOS GASTOS A PRECIOS CORRIENTES. TASAS DE CRECIMIENTO O DECRECIMIENTO.

La Reforma Sectorial en el Sistema de Salud Cubano definida como "..un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector Salud, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población; ha hecho posible que los montos de gastos invertidos en el sector hayan ido evolucionando cualitativa y cuantitativamente a partir del triunfo revolucionario; que estableció como objetivos priorizados: mejorar las condiciones de salud y de vida de todos los habitantes; *priorizar el abatimiento de las desigualdades sanitario-asistenciales;* conducir a la modernización del sector para garantizar acceso universal, servicios eficientes e integrales, mejorar la calidad de los mismos; bajar los costos de los servicios de salud, estimular la participación y concertación social en salud; alentar la intersectorialidad y mejorar los flujos de financiamiento hacia el sector.

Este proceso evolutivo permanente se ha manifestado desde los años 60 en que el país viene realizando importantes cambios en su Sistema de Salud como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario. La creación del modelo de medicina familiar que hoy da cobertura a casi toda la población del país es la reforma más importante realizada en el Sistema nacional de Salud en años recientes. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia ha ido convirtiéndose en un sistema altamente desarrollado de atención primaria estando incorporados al mismo 28 855 médicos, que cubren el 97,6% del total de la población.

Nuestro Sistema Nacional de Salud teniendo como Principios fundamentales el carácter estatal y social de la medicina, la accesibilidad y gratuidad de los servicios, la orientación profiláctica, la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica, la participación de la población y la colaboración internacional, ha sufrido transformaciones que como se observa a continuación pueden ser ubicadas en el tiempo.

EVOLUCION DEL SECTOR SALUD DE CUBA.

DECADA DE LOS AÑOS 60:

- Creación del Servicio Médico Rural.
- Creación de las Areas de Salud y los Policlínicos.
- Creación del Sistema Nacional de Salud.

DECADA DE LOS AÑOS 70:

- Creación del Policlinico Comunitario y el modelo de medicina en la comunidad.
- Desconcentración de la Docencia médica con la creación de facultades de medicina en todas las provincias.
- Descentralización del sector salud. La gestión de los servicios de salud se transfiere a los gobiernos provinciales y municipales.

DECADA DE LOS AÑOS 80:

- Creación del modelo de medicina familiar.
- Universalización de la enseñanza. Creación de Facultades de Ciencias Médicas en todas las Provincias.
- Fortalecimiento de la red de servicios hospitalarios.
- Introducción y extensión de altas tecnologías extranjeras y cubanas.
- Desarrollo del Programa de Especialidades Médicas.

DECADA DE LOS AÑOS 90:

- Creación del Modelo del Sistema Integrado de Urgencia Médica.

La década de los 80 fue la etapa donde alcanzamos mayor desarrollo en el Sistema Nacional de Salud, lográndose sus mayores potencialidades, por lo que enfrentamos el siguiente período con logros de indiscutible importancia en los indicadores fundamentales que muestran el estado de salud de la población, habiendo acumulado un gran caudal de experiencias y creado una importante infraestructura y un gran número de capacitados profesionales, pero que indiscutiblemente ha sido el momento más difícil enfrentado desde 1959, provocado por la crisis que ha sufrido nuestra economía luego del derrumbe del campo socialista, y el recrudecimiento del bloqueo económico contra nuestro país; no obstante como política estatal se mantuvo el propósito del Sistema de preservar y continuar elevando el nivel de salud de la población y por tanto el Presupuesto del Estado ha mantenido la política del subsidio de los gastos públicos.

Durante esta última etapa nos hemos visto sometidos a importantes afectaciones en la calidad integral de los servicios de salud, sobre todo en lo que a bienestar y confort de pacientes, familiares y trabajadores se refiere, se vieron interrumpidas las inversiones planificadas y los planes de mantenimiento fueron detenidos, sin embargo logramos asumir la incorporación de 20 000 egresados de las Facultades de Ciencias Médicas y números aún mayores de Licenciados en Enfermería, enfermeras, estomatólogos y otros técnicos de la salud.

Los cambios ocurridos en el estado de salud de la población cubana en las últimas tres décadas, son expresión de la alta prioridad en la esfera social y en la transformación cualitativa del nivel de vida de sus ciudadanos; lo que no es más que la consecuencia de las acciones emprendidas para conseguir sus objetivos.

ACCIONES EMPRENDIDAS POR EL SISTEMA DE SALUD PUBLICA CUBANO.

DECADA DE LOS AÑOS 60:

- Sistema Nacional Unico de Salud.
- Servicio médico rural.
- Creación de nuevas escuelas de medicina.
- Creación de institutos de investigación.
- Campañas de vacunación y saneamiento.
- Creación de áreas de salud y policlínicos.
- Nacionalización de la producción y el comercio de medicamentos.

DECADA DE LOS AÑOS 70:

- Gestión de servicios de salud se subordinan a gobiernos provinciales y municipales.
- Educación médica superior se subordina al MINSAP.
- Crecimiento de la producción de medicamentos.
- Policlínico comunitario y modelo de medicina en la comunidad.
- Prioridad al Programa Materno-Infantil.
- Plan de Inversiones en servicios de salud.

DECADA DE LOS AÑOS 80:

- Plan del Médico y la Enfermera de la familia.
- Introducción acelerada de tecnología avanzada.
- Desarrollo de la Industrias Médico-Farmacéutica.
- Madurez del Sistema Nacional de Salud.

DECADA DE LOS AÑOS 90:

- Introducción y generalización de logros de la Ciencia y la Técnica.

Es relevante destacar la importancia que para el Sistema tuvo la implantación de la nueva División Político Administrativa y el establecimiento de los Organos locales del poder Popular, pues ambas, como acciones fundamentales en el proceso de descentralización institucional en el país, condicionaron la conformación conque hoy cuenta el Sistema Presupuestario del estado Cubano; debido en lo esencial a que ello dio lugar a la formación de los Presupuestos Locales, lo que atribuyó a los Gobiernos Provinciales y municipales la máxima autoridad en el manejo de los recursos financieros, lo que posibilitó la creación de una potente red de instituciones de salud dotada de tecnologías de punta.

De esta forma se ha alcanzado una descentralización operativa y presupuestaria y condiciones para la coordinación intersectorial, que permiten hacer frente a los problemas

de salud de la población. En la actualidad el sistema trabaja en la profundización del proceso de descentralización y desconcentración.

Durante todos estos años el Presupuesto del estado ha respaldado la creación de instituciones sanitarias a lo largo de todo el país. Hoy Cuba cuenta con 283 Hospitales, 12 Institutos de Investigación, 440 Policlínicos, 166 Clínicas Estomatológicas, 26 Bancos de Sangre, 161 Puestos Médicos, 4 Balnearios, 220 Hogares Maternos, 196 Hogares de Ancianos y 27 Hogares de Impedidos, todo lo cual hace posible que se disponga de 66 263 camas de Asistencia Médica(6.0 por mil habitantes) y 14 255 camas de Asistencia Social (1,3 por mil habitantes) y al concluir 1997 se hayan brindado a la población más de 78 millones de consultas médicas (7.1 consultas por habitante) y más de 19 millones de Consultas estomatológicas (1.8 consultas por habitante).

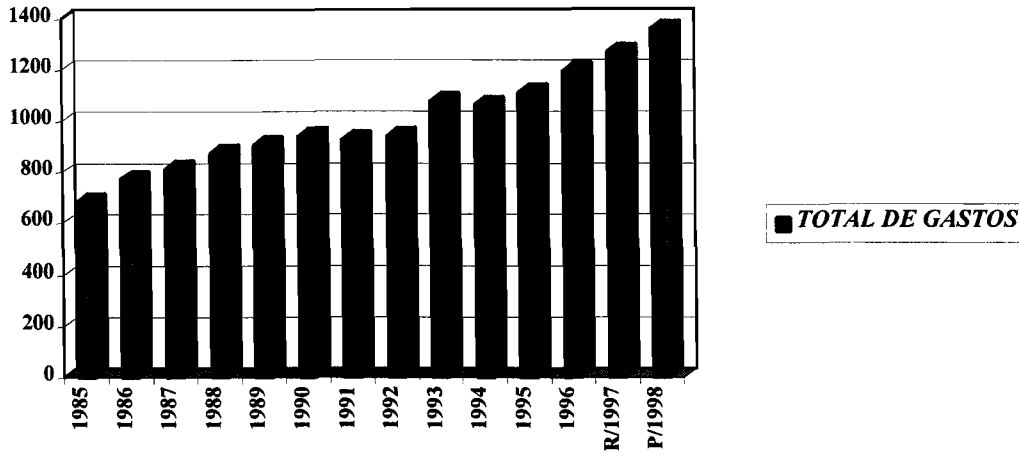
Se dispone dentro del Sistema Nacional de Salud de 62 624 médicos (un médico por cada 176 habitantes), de los cuales 28 855 son Médicos de Familia, así como con 9816 estomatólogos (un estomatólogo por cada 1 124 habitantes), 15 302 Licenciados en Enfermería, 66 031 Técnicos y Auxiliares de Enfermería y 56 342 Otros Técnicos. El sector de la salud en Cuba cuenta al cierre de 1997 con 339 943 trabajadores lo que representa el 4.9 % de la población en edad laboral.

En la actualidad el país está enfrascado en un proceso de transformación en la esfera económica y de perfeccionamiento del Estado y el Gobierno, que repercute en la esfera social y de los servicios. En el sector de la salud, se están considerando un grupo de reformas dirigidas a lograr mayor eficiencia y efectividad en las acciones del sector y mejorar la calidad de los servicios, a la vez que se preservan los logros obtenidos tanto en la situación de salud de la población, como en las acciones del sector, con destaque a la cobertura y acceso universales, que hacen al Sistema de Salud Cubano uno de los más equitativos del Continente; las que de hecho repercuten directamente en las cifras invertidas en el Sistema y en la estructura del gasto.

LOS GASTOS CORRIENTES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PUBLICA

Cada etapa, desde el triunfo revolucionario, ha mostrado en la dinámica de sus gastos diferentes tendencias de crecimiento o decrecimiento, relacionadas directamente con las condiciones económicas objetivas y subjetivas del país, así como con las políticas y estrategias trazadas para el desarrollo del Sistema. De modo que en el período de 1985 a 1990 se aprecia un crecimiento que puede calificarse de moderado; si se tiene en cuenta que este período contempla dos de los años de la crisis, registrándose un ritmo de crecimiento de 6.7 % promedio anual; a partir de este momento comienza una nueva etapa en la que el crecimiento comienza a mostrarse más lento, alcanzando solo el 4.1 % promedio anual hasta 1995, ritmo que se ha mantenido hasta 1997.

TOTAL DE GASTOS DEL SECTOR

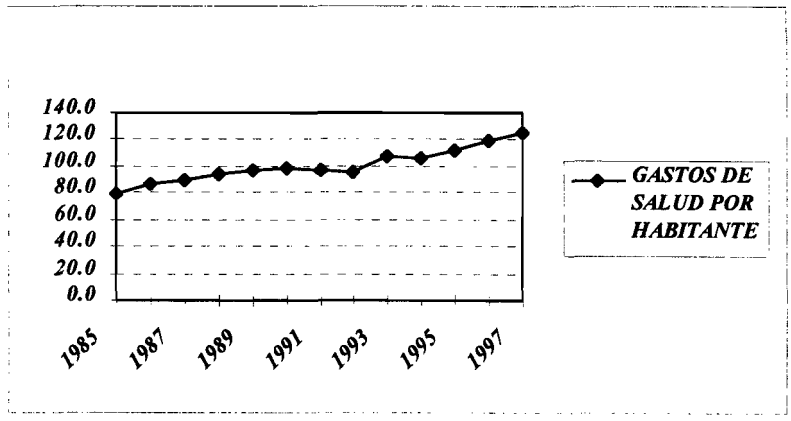


Fuente : Informes de Liquidación. Ministerio de Finanzas y Precios.

Como puede observarse las cifras invertidas en el sector de la Salud en Cuba han mantenido un crecimiento sostenido, a pesar de las circunstancias económicas a que se vio sometida nuestra economía y en los últimos años se ha visto una ligera recuperación, de forma que en 1997 fueron gastados 74.7 MMP más que en 1996, que representa un crecimiento de un 6.3 %.

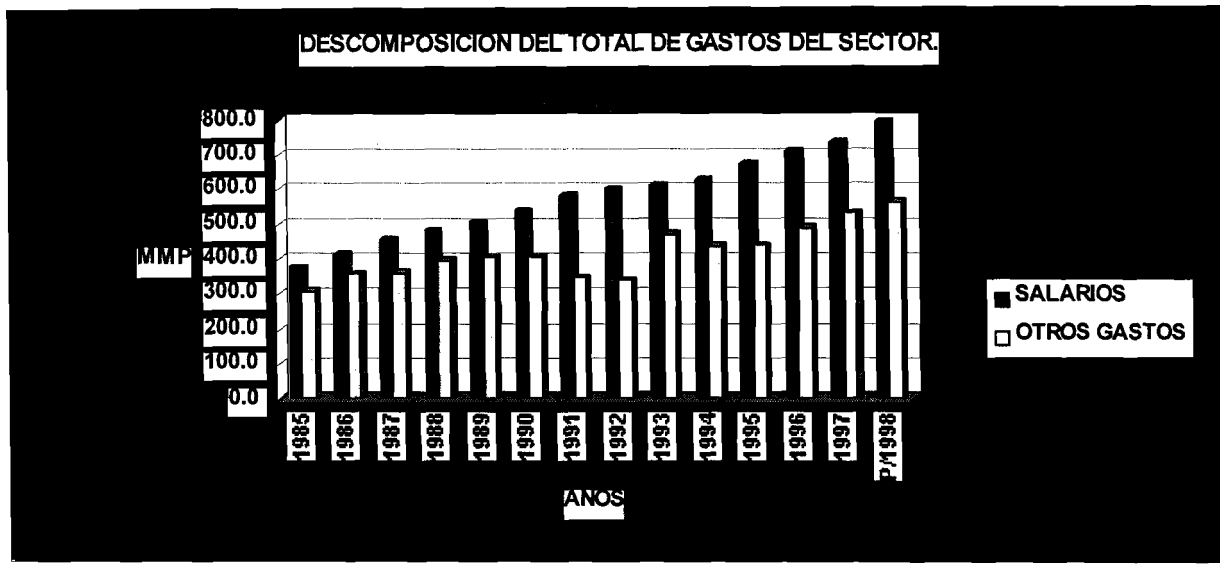
Ello ha posibilitado, a su vez, que el gasto de salud por habitante haya mantenido la misma tendencia creciente, llegando a alcanzar en 1997 los 125.31 pesos por habitante, superior en 6.28 Pesos al real de 1996.

Pesos



Fuente : Anuario Estadístico. MINSAP-1997

Como se aprecia a continuación en el gráfico, las curvas de gastos de Salarios y Otros Gastos, son similares, sin embargo es significativo señalar que las cifras invertidas en Salarios han manifestado un crecimiento mucho más sostenido que las erogaciones por concepto de Otros Gastos; apreciándose en esta última períodos de desaceleración más pronunciados fundamentalmente en las etapas (1989-1992) y (1993-1995).



Fuente : Informes de Liquidación. Ministerio de Finanzas y Precios.

La resultante que deriva en el comportamiento de la curva de gastos, en lo que a Salarios se refiere, contiene en sí factores que influyen de forma opuesta. Por una parte la disminución en el crecimiento de los gastos de salarios, es el resultado de las políticas seguidas por el sector, en la regulación de las plantillas de los hospitales, que se inició con la congelación de las mismas en 1985, así como el ajuste a un límite máximo de 1,7 trabajador por cama, de las nuevas instituciones de salud y los esfuerzos por tratar de llevar las ya existentes al mismo, que frenaron los aumentos de trabajadores en la red hospitalaria; además otros elementos que minoran el gasto en Salarios son los excesos en los gastos de la Seguridad Social a corto plazo, dado por la mayor emisión de certificados médicos. Es necesario señalar también, que durante los primeros años de la crisis se produjo, en el Sistema de Salud, un déficit de personal, fundamentalmente en la especialidad de enfermería, producto del éxodo hacia otras ramas de la economía, de forma que en el período (1991-1994) el gasto de salarios sólo creció como promedio 1,9 %.

No obstante otro factor ha influido en el crecimiento de las cifras reales gastadas por concepto de salarios, actuando de manera opuesta a los anteriormente expuestos. Los crecimientos en las incorporaciones de graduados egresados de los niveles superior y medio al Sistema, propiciaron en todos estos años incrementos relevantes en el total de gastos de salarios. Baste señalar como ejemplo que de 1985 a la fecha, el país creció en aproximadamente 44 537 médicos y estomatólogos, 15 140 Licenciadas en enfermería.

Sin embargo en los últimos años ha comenzado ha disminuir el número de egresados de las enseñanzas media y superior en el país, por lo que cuantitativamente el número de incorporados al sistema nacional de salud ha venido disminuyendo, de manera que de 4780 médicos y 595 estomatólogos que se graduaron en 1994, ya en 1997 solo 3 418 médicos y 445 estomatólogos ingresaron al Sistema; lo que responde a las disminuciones de las cuotas en el número de matrículas en las escuelas de medicina.

En general, a pesar de que los salarios crecen a un ritmo mayor que los Otros Gastos, debe destacarse la significativa desaceleración de los mismos pues en la etapa (1986-1990) tuvieron un incremento promedio anual del 7.5 %, sin embargo ya en el período (1991-1995) el ritmo disminuyó al 3.9 % y de 1996 a 1997 se redujo al 3.1 %, como consecuencia de las causas antes mencionadas.

Por su parte, los Otros Gastos muestran una tendencia más significativa a reducir sus ritmos de crecimiento, como consecuencia de la acción de diversos factores; sin embargo en los últimos años, luego de una ligera recuperación de la economía y como consecuencia además de la política de reducir gradualmente los números de egresados, sin afectar la capacidad del país para enfrentar sus principales objetivos, en lo que a salud se refiere, se ha logrado incrementar los Presupuestos destinados a cubrir los Otros Gastos, fundamentalmente dedicados a suplir las necesidades de Alimentos, Medicamentos y Mantenimiento Constructivo de las instalaciones, de manera que en 1985 los Otros Gastos significaban el 45.0 % dentro del total de los Gastos destinados a la Salud Pública a nivel nacional, cuantía de la que fueron disminuyendo gradualmente hasta representar en 1990 el 42.9 % de los gastos ramales; en 1995 se redujo aún más alcanzando sólo el 31.7 % y para 1997 lograron recuperarse para representar el 41.8 % del total.

VINCULACIONES ENTRE LOS INGRESOS EN MLC DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y SU PRESUPUESTO.

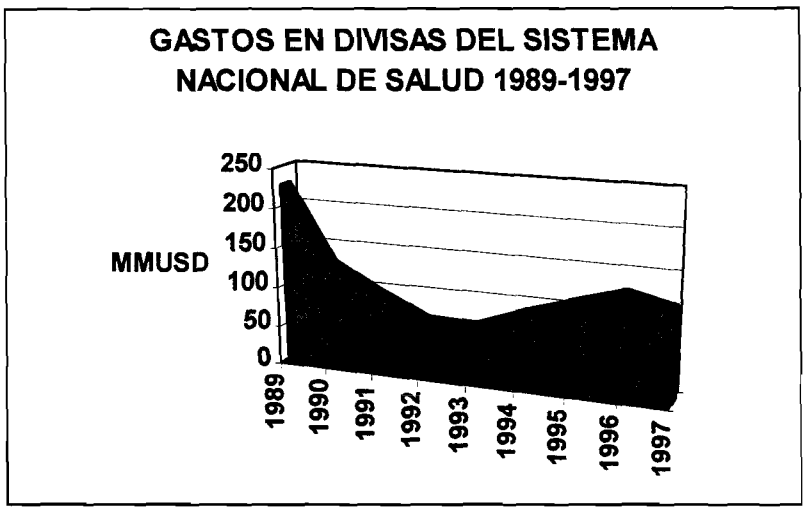
Como parte esencial de la Planificación Centralizada de la Economía, a través de la cual marchaba la Economía cubana y antes de la brusca caída del campo Socialista, existían en nuestro país los denominados Balances Materiales, que garantizaban la distribución proporcional de los recursos materiales a cada eslabón de la economía; lo que sin dudas se hacía posible por la elaboración de los Planes quinquenales y anuales que eran elaborados en coordinación con el CAME, al cual pertenecían los países Socialistas, con los que realizábamos la mayor parte de nuestro comercio y que por tanto permitían conocer la disponibilidad real de recursos con antelación.

El Sistema de Salud recibía una gran parte de los recursos que necesitaba a través de esta vía, y mediante la presentación anual de sus demandas. Además recibía su asignación anual en moneda libremente convertible (MLC), la que era destinada a la importación de medicamentos, materias primas farmacéuticas para la elaboración de medicamentos y de material gastable de uso médico, pues una importante parte de estos recursos no se encontraban disponibles en el mercado Socialista.

En 1994 y como parte de todo el proceso de transformación que se ha estado llevando a cabo en nuestra economía fueron sustituidos los Balances Materiales por marcos financieros en MLC; fondos con los cuales el Ministerio de Salud Pública garantizaba los suministros necesarios para la Industria Médico Farmacéutica y para el

resto del Sistema. El perfeccionamiento de esta política culminó con la implementación de los Presupuestos de Ingresos y Gastos en Divisas.

Como consecuencia de la crisis económica en que nos hemos visto envueltos, que trajo como uno de sus efectos fundamentales la drástica reducción de la capacidad importadora del país; los recursos financieros asignados al Sistema de Salud Pública en Moneda Libremente Convertible se vieron reducidos en un 50.0 % en sólo tres años, hasta situarse en 66.0 millones de dólares en 1993, con los cuales tuvieron que ser financiados la totalidad de los suministros necesarios al Sistema, viéndose reducida la disponibilidad real de recursos en un 70.0 % en relación a 1989.



	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
GASTOS	227.3	127.3	98	70.7	66.9	90.1	108	127.8	114.5

Fuente : Control Gubernamental. MINSAP-1997

Esta grave reducción de los financiamientos en divisas, ha producido efectos negativos producto de la descapitalización, que ha traído como consecuencia la imposibilidad de renovar o mantener equipos de alta tecnología, lo que ha conducido a la excesiva utilización de los equipos disponibles que trae aparejado el acortamiento de su vida útil; otros efectos evidentes se manifiestan en las drásticas afectaciones en los suministros, viéndose minoradas tanto la producción de medicamentos, que cayó de 92,0 MMP en 1989 a 60,4 MMP en 1993, así como la compra de medicamentos terminados, que decayó a una tercera parte del total que anteriormente era importado.

El colapso económico obligó a la intensificación de la política de ajuste, que se había venido llevando a cabo desde mediados de los 80, representando una de las más significativas la adopción del criterio de que cada rama elevara al máximo la generación propia de divisas, para lograr el autofinanciamiento de los insumos de origen externo necesarios.

Para enfrentar estas medidas el Sector de la Salud se ha valido de diferentes vías a través de las cuales logró cubrir alrededor del 15.0 % de los recursos necesarios y que pueden enumerarse como:

- La atención a pacientes de otros países (Turismo de Salud); entre los que se destacan los centros de tratamiento del mal de Parkinson y las actividades quirúrgicas en Neurotrasplante, Retinosis Pigmentaria, Trasplantes de Organos, así como en enfermedades ortopédicas y otras.
- Matrículas de estudiantes extranjeros
- Exportación de Medicamentos.
- Donaciones de los trabajadores del sector del turismo al Programa contra el Cáncer.
- Remesas de los médicos cubanos que se encuentran en misión en el exterior.
- Ventas de Programas de Computación con aplicaciones a la medicina.
- Promover la producción y exportación de material científico en la esfera de las Ciencias Médicas creadas por autores cubanos.

Cabe señalar que también se han obtenido recursos en especie en forma independiente, procedentes de dos fuentes esenciales, por una parte por las transferencias de la Comunidad Económica Europea (20.0 Millones de Dólares anuales) y de Organizaciones no Gubernamentales (materias primas farmacéuticas, materiales de uso médico y algún equipamiento de desarrollo reciente).

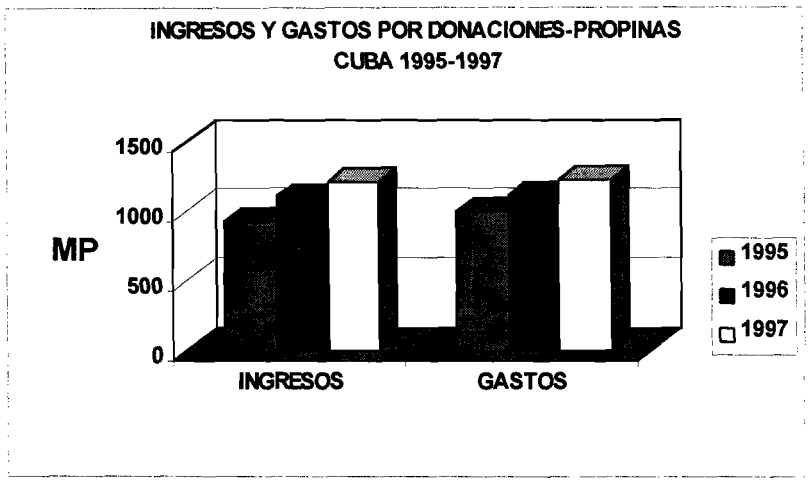
En el pasado año el Sistema recibió, como parte del financiamiento central en divisas, aportes por valor de 33,9 MMUSD (10.1 MMUSD por debajo de lo proyectado).

Indiscutiblemente, la menor dotación de Divisas convertibles ha repercutido de manera desfavorable en la gestión del Sistema en su conjunto, pese a los esfuerzos por atemperar sus efectos.

Es importante señalar, que unido a la restricción de los suministros médicos, por las menores disponibilidades de divisas convertibles, se adicionan las dificultades que trae aparejado el hecho de tener que importar, a precios mucho mayores y en mercados sumamente lejanos, lo que encarece mucho más la adquisición de los productos, consecuencias del recrudecimiento del bloqueo norteamericano a nuestro país. Se estima que hoy Cuba compra un 30.0 % por encima de los precios del mercado mundial, además de que los fletes por transportación suman entre un 10 y un 20 % al valor de la mercancía.

Esta etapa ha representado, en el orden financiero dejar de recibir cientos de millones de dólares, para mantener en funcionamiento un sistema de alcance universal y accesibilidad total, dotado de la última y más avanzada tecnología, con una extensa y dispersa infraestructura y con una población educada en recibir servicios de salud de alta calidad.

No podemos obviar el hecho de que en los últimos años el país ha estado recibiendo Donaciones en especie de diversos países y organizaciones del mundo, que se calculan en 20.0 Millones de Dólares anuales y que en 1997 alcanzaron los 22.1 Millones de Dólares.



	1995	1996	1997
INGRESOS	927.1	1107.8	1220.9
GASTOS	1001.9	1118.3	1233.7

Fuente : Control Gubernamental. MINSAP-1997.

LOS GASTOS TOTALES DEL ESTADO Y LA PARTE DE LOS GASTOS DE SALUD EN ESTOS.

Teniendo en cuenta las modificaciones en el contexto económico, producto del funcionamiento de una economía mixta en el país, donde se mezclan diferentes formas de propiedad (individual, cooperativa, mixta y estatal); como consecuencia del desmoronamiento del campo Socialista y el recrudecimiento del bloqueo norteamericano, que condujeron a un cambio inevitable y brusco de las relaciones económicas externas, con lo cual se redujo sensiblemente la capacidad de compra, fue necesario buscar un sistema de ingresos al Presupuesto del Estado que garantizara el equilibrio económico para alcanzar los objetivos de desarrollo propuestos en el país.

Téngase en cuenta que en el año 1989 el valor de las importaciones estuvo en el orden de los 8 124 Millones de Dólares y ya para 1994, año de menor nivel de importación en los últimos años, sólo alcanzaron los 1956 Millones de Dólares, o sea que la capacidad importadora de Cuba se redujo una cuarta parte en sólo un quinquenio, perdiéndose el 76.0 % de las importaciones, por lo que se vieron profundamente afectados los niveles de consumo, inversión, utilización de los recursos productivos y la producción.

Por su parte, el valor de las exportaciones descendió hasta alcanzar los 1137.0 Millones de pesos en 1993, año de menor nivel a partir del comienzo del período especial, de 5292.0 Millones de pesos que se lograron ingresar al país por este concepto en 1989, habiendo perdido el 78.5 % de las exportaciones.

Todo lo anterior acarreó que el Gasto Público se redujera bruscamente de 1989 a 1995, momento desde el cual ha venido mostrando una ligera recuperación (7 379.7 MMP en 1989 - a - 6 807.8 MMP en 1997).

RAMAS	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998p
Educación	1,650.6	1,619.5	1,504.0	1,426.7	1,384.9	1,334.6	1,358.7	1,421.3	1,453.9	1,510.0
Salud Pública	904.5	937.4	924.9	938.3	1,076.6	1,061.1	1,108.3	1,190.3	1,265.2	1,355.0
Seguridad Social	1,093.9	1,164.1	1,225.7	1,348.0	1,452.3	1,532.4	1,594.0	1,630.2	1,637.1	1,722.0
Asistencia Social	101.1	95.6	88.4	98.2	94.2	93.6	118.6	128.4	133.9	179.0
Vivienda y Servicios Comunales	406.4	382.7	280.8	247.5	260.0	315.2	411.4	462.4	487.6	570.0
Administración	489.9	453.1	400.2	361.8	413.3	364.8	366.1	397.5	431.2	436.0
Defensa y Orden Interior	1,259.4	1,149.0	882.2	736.4	712.8	651.2	610.1	496.7	637.5	630.0
Esfera Productiva	387.6	350.6	208.5	204.2	165.7	178.6	165.9	154.6	155.5	175.0
Cultura y Arte	191.4	200.6	203.0	177.6	173.2	159.9	162.6	165.2	164.7	165.0
Ciencia y Técnica	124.4	123.7	126.0	121.6	125.0	123.1	125.2	113.6	109.2	140.0
Deporte y Cultura Física	116.2	117.1	124.5	99.5	103.6	105.6	111.6	117.5	121.5	120.0
Otras actividades	607.8	669.6	454.4	473.3	472.0	703.1		473.2	431.5	480.0
Variación Inv. Ctas por pagar	46.5	108.1	-55.5	-40.9	-72.7				-221.0	
TOTAL GTOS.CORR. ACT.PRESUP	7,379.7	7,371.1	6,367.1	6,192.2	6,360.9	6,623.2	6,132.5	6,750.9	6,807.8	7,482.0

Fuente: Direcciòn Polìtica Financiera, Ministerio de Finanzas y Precios.

Ante la insuficiencia del sistema de ingresos y la política de subsidio de gastos, aconteció un incremento y acumulación del déficit presupuestario que alcanzó los 5050.6 MMP en 1993, debido fundamentalmente al incremento de los subsidios a las Empresas con pérdidas; causadas por las paralizaciones parciales o totales por falta de materias primas y materiales; y al deterioro de la eficiencia financiera de los eslabones productivos; motivada por la rápida caída de la producción y el mantenimiento de los gastos fijos, en especial dentro de ellos el salario que como decisión del gobierno se mantuvo invariable.

EVOLUCION DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO Y EL DEFICIT DEL PRESUPUESTO DEL ESTADO EN EL PERIODO 1986 -1997.

PIB	19,229.9	19,644.8	16,248.1	14,904.6	15,094.5	19,198.3	21,737.1	22,814.7	22,940.2	23,743.1
SUPERAVIT O DEFICIT	-1,403.5	-1,958.1	-3,764.8	-4,869.0	-5,050.6	-1,421.4	-765.5	-570.7	-459.0	-710.0

Fuente : Dirección de Política Financiera. Ministerio de Finanzas y Precios.

Véase que en 1994 se produce un revertimiento de la tendencia decreciente de la economía lográndose un crecimiento del PIB de un 0.7 %, el que ha mantenido su ritmo ascendente hasta alcanzar el 14.0 % en 1997 en relación a 1993. El déficit fiscal al concluir 1997 se redujo a 459.0 MMP de 570.7 MMP que alcanzó en 1996, factor positivo que contribuye a paliar el desequilibrio económico en que funciona nuestra economía. En 1997 el déficit fiscal representó el 2.0 % del PIB, mientras que en 1993; año más agudo de la crisis, representó el 33.5 %, disminución que se debió en lo esencial a la reducción de los Subsidios a las empresas.

Se produce entonces a partir de 1994 un cambio radical en la gestión económica que va desde la descentralización de las empresas a través de un nuevo sistema de relaciones financieras, la creación de las Unidades Básicas de Producción Cooperativa (UBPC), la constitución de empresas mixtas con capital extranjero, hasta la existencia de mas de 163 892 Trabajadores por Cuenta Propia, lo cual propició la aplicación de un sistema de impuestos, tasas y contribuciones que permitiera generar los ingresos necesarios, para que el Presupuesto del Estado fuera un ente regulador y distribuidor de los gastos.

Con este fin es aprobada la Ley No 73 del Sistema Tributario que establece los principios generales de tributación en el país. Esta ley establece 11 impuestos, una contribución y tres tasas que comienzan a aplicarse en Octubre de 1994.

IMPUESTOS:

- Utilidades.
- Ingresos personales.
- Ventas.
- Especial a productos.
- Servicios Públicos.
- La propiedad o posesión de determinados bienes.
- El transporte terrestre.
- La transmisión de bienes y servicios.
- Documentos.
- La utilización de la Fuerza de trabajo.
- La utilización y explotación de los recursos materiales y la protección del medio ambiente.

CONTRIBUCIONES:

- A la Seguridad Social.

TASAS:

- Peaje.
- La prestación de los servicios.
- La radicación de anuncios y propaganda comercial.

De manera que los tres factores fundamentales que caracterizan nuestra economía actualmente son el crecimiento en importantes renglones de la economía, así como de la inversión extranjera y la tendencia al saneamiento de las finanzas internas.

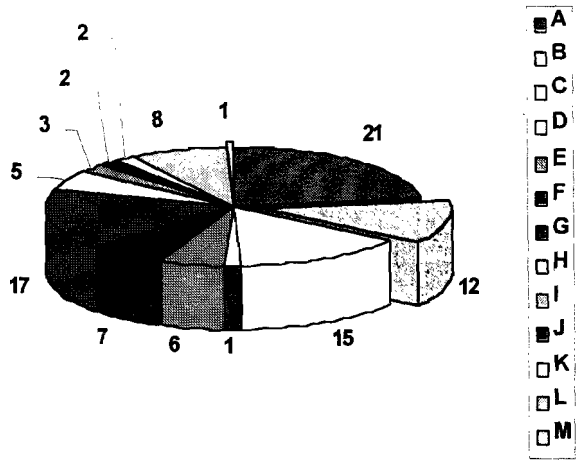
El conjunto de acciones emprendidas lleva aparejado la necesidad del desarrollo de las potencialidades de cada territorio, el estímulo a la iniciativa local y el uso racional y eficiente de los escasos recursos conque contamos, por lo cual el proceso de Planificación Presupuestaria a partir de 1994, sufrió una sustancial simplificación en los indicadores directivos, que constituyen la base fundamental en la elaboración de los Presupuestos, ampliando la competencia de los órganos territoriales de gobierno en la determinación de la magnitud y el destino de los gastos en que deben incurrir, autoridad que se manifiesta en la potestad dada a los Organos locales del poder Popular, para distribuir, entre el total de actividades que administran, el monto de gastos que le es aprobado por los niveles superiores de gobierno.

A pesar de las condiciones extremadamente difíciles en que se mueve nuestra economía, actualmente, el Presupuesto del Estado ha mantenido la política del subsidio de los gastos públicos, entre los cuales se encuentran los pertenecientes al sector de la salud en el país, que en cifras absolutas muestra discretos crecimientos, (obsérvese que ya en 1997 representa el **5.7%** del PIB a precios corrientes y el **18.6%** del total de los Gastos Públicos), debido a la política del mantenimiento del gasto fijo fundamentalmente por el pago de salarios, así como por la política del empleo de los nuevos graduados y la disminución de los volúmenes de producción. No obstante para poder mantener una relación porcentual aceptable del déficit con relación al PIB fue necesario que algunas actividades como el deporte, la cultura y la defensa disminuyeran sus porcientos de incremento, permitiendo así un crecimiento moderado en actividades como la salud, la seguridad y asistencia social y otras.

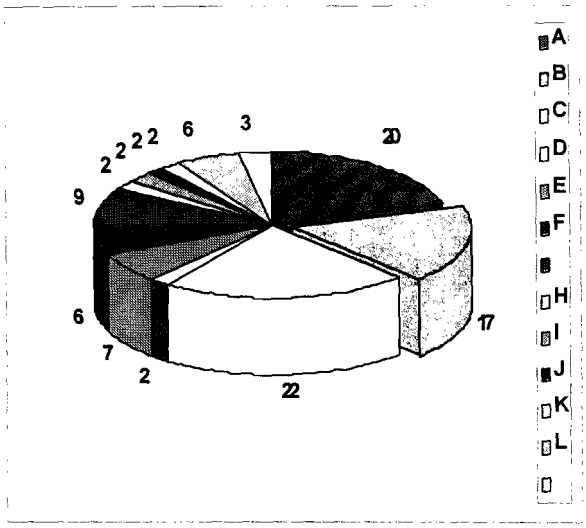
AÑOS	GASTO EN SALUD PUBLICA	GASTO COMO % DEL PIB	GASTO COMO % DEL GASTO TOTAL	GASTO COMO % DEL GASTO PUBLICO
1989	904.5	4.7	6.5	12.3
1990	937.4	4.8	6.6	12.7
1991	924.9	5.7	6.3	14.5
1992	938.3	6.3	6.6	15.2
1993	1076.6	7.1	7.4	16.9
1994	1061.1	5.5	7.5	16.0
1995	1108.3	5.1	8.0	17.0
1996	1190.3	5.2	9.3	17.6
1997	1265.2	5.5	10.0	18.6
1998P	1355.0	5.7	10.4	18.1

*En el año 1993 están contemplados 107,8 MMP destinados a combatir la Neuropatía Epidémica por lo que puede apreciarse un alza marcada de los gastos

Fuente : Informes de Liquidación del Presupuesto. Ministerio de Finanzas y Precios. Dirección de Política Financiera. Ministerio de Finanzas y Precios.



1989



1997

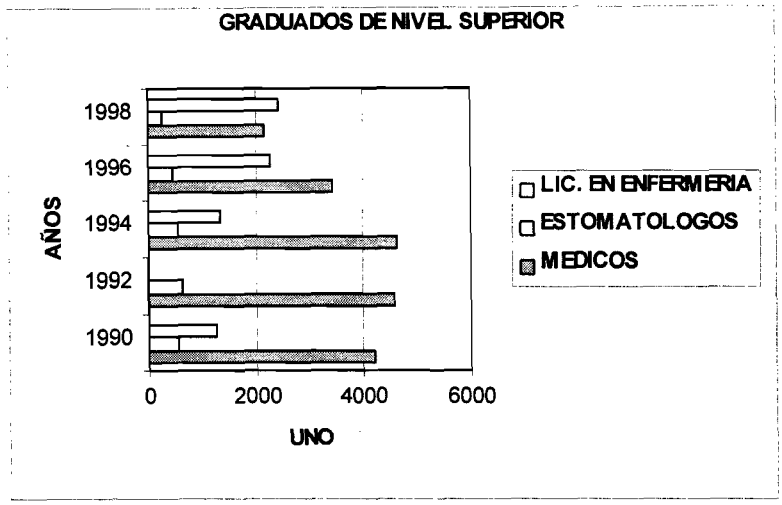
La Salud Pública ocupa el tercer lugar dentro del monto de gastos de la Actividad Presupuestada con 1 265.2 MMP ejecutados en 1997, representando el 18.6 % del total del gasto público.

ANALISIS ESTADISTICO DE LA EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA DE LOS GASTOS DE SALUD PUBLICA.

AÑOS	1989	%	1993	%	1997	%
TOTAL GASTOS CORRIENTES	904.5	100.0	1076.6	100.0	1265.2	100.0
SALARIOS	501.7	55.5	608.1	56.5	735.8	58.2
OTROS GASTOS	402.8	44.5	468.5	43.5	529.3	41.8
- Medicamentos	134.1	33.3	226.8	48.4	184.5	34.9
- Alimentos	43.7	10.8	39.4	8.4	58.5	11.1

Fuente : Informes de Liquidación. Ministerio de Finanzas y Precios.

Del Total de los Gastos destinados a la Salud Pública, aproximadamente el 60.0 % corresponden a los Salarios, que por demás como puede apreciarse en la tabla los salarios crecen cada año como consecuencia de la incorporación de los nuevos graduados de Medicina, Estomatología, Licenciados en Enfermería y Otros Técnicos de Nivel Medio.



Fuente : Anuario Estadístico. MINSAP-1997.

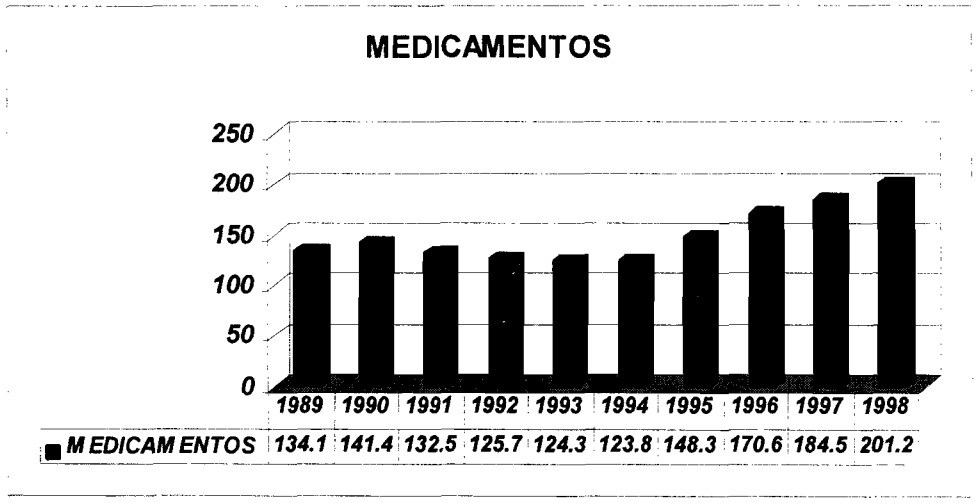
Dentro de los Otros Gastos los cuantitativamente más representativos los constituyen por orden de prioridad Medicamentos y Alimentos, que en su conjunto representan el 50.0 % del total.

Obsérvese a continuación en el siguiente gráfico la depresión en el gasto de medicamentos producto del colapso económico, de 141.4 MMP que se invertían en 1990, a 124,3 MMP en 1993 y a 123.8 MMP en 1994. Sin embargo aparentemente según se muestra a continuación el consumo de medicamentos crece en estos dos años más de lo acostumbrado, debido a la aparición de la Neuropatía Epidémica, a la cual fueron destinados 102.5, 58.0 y 0.4 MMP en 1993 (año de su aparición) y en los dos siguientes.

AÑOS	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	EAL/9	P/1998
ALIMENTOS	45.4	48.8	44.3	45.7	43.7	41.0	35.0	38.1	39.4	40.6	47.5	54.3	58.5	60.0
MEDICAMENTO	98.3	115.4	118.9	128.2	134.1	141.4	132.5	125.7	124.3	123.8	148.3	170.6	184.5	201.2

Fuentes : Informes de Liquidación del Presupuesto. Ministerio de Finanzas y Precios.

A partir de 1995 se logra una ligera recuperación, hasta alcanzar los 184.5 en 1997 MMP, que a pesar de todavía resultar insuficiente para cubrir todas las necesidades de las unidades asistenciales del Sistema, si ha contribuido a minorar los efectos en los niveles de salud de la población. Téngase en cuenta que en 1997 la Industria Médico Farmacéutica Cubana produjo 66.0 MMP en medicamentos para el consumo nacional, lo que permitió que las ventas en farmacias se incrementaran en relación al año anterior en 36.9 MMP, lo que significa un incremento de un 16.0 %, con lo cual disminuyó la falta de 28 medicamentos respecto al año anterior.



Fuente : Informes de Liquidación del Presupuesto. Ministerio de Finanzas y Precios.

El financiamiento de los gastos del sector salud es totalmente garantizado por el Presupuesto del Estado el cual ofrece a la población servicios gratuitos en la asistencia hospitalaria, atención primaria, abarcando también las actividades de promoción y rehabilitación.

Igualmente la población recibe gratuitamente todas las investigaciones diagnósticas cualquiera que sea la unidad donde se atienda. Los medicamentos que se utilizan en los pacientes hospitalizados y los prescritos a pacientes ambulatorios como embarazadas y en Programas de Oncología, Tuberculosis y SIDA, son también entregados gratuitamente.

Los gastos que deben ser asumidos por la economía familiar son los siguientes:

- Medicamentos prescritos en la atención ambulatoria y que no están comprendidos en los Programas señalados.
- Prótesis auditivas, estomatológicas y ortopédicas.
- Sillones de ruedas, muletas, bastones, etc.
- Lentes.

Se debe significar que en todos estos casos los precios que la población debe pagar son bajos y en muchas oportunidades son subsidiados por el estado.

Es importante destacar que mediante la Asistencia Social las familias de bajos ingresos reciben ayudas monetarias y en especies que incluyen los medicamentos, las prótesis y otros artículos para la salud.

Como se puede apreciar a continuación los gastos de la Salud Pública, a pesar de la situación económica provocada por la crisis, crecen en el período que se analiza.

TOTAL DE GASTOS:

UM:MMP

	GASTO TOTAL	GASTOS EN HOSPITALES			GASTOS POLIC.Y MEDICOS FAMILIA		
AÑO	SALUD.PUBLICA	TOTAL	SALARIOS	O.GASTOS	TOTAL	SALARIOS	O.GASTOS
1986	769.7	416.5	220.4	196.1	133.1	92.1	41.0
1987	810.2	458.2	248.2	210.0	149.7	106.5	43.2
1988	872.5	477.1	255.7	221.4	166.1	119.7	46.4
1989	904.5	483.2	258.5	224.7	187.6	137.9	49.7
1990	937.4	487.8	264.4	223.4	242.5	180.9	61.6
1991	924.9	477.4	267.3	210.1	259.2	199.4	59.8
1992	938.3	477.1	269.8	207.3	276.4	216.1	60.3
1993	1076.6	473.4	262.2	211.2	305.4	229.1	76.3
1994	1061.1	480.0	264.3	215.7	328.0	247.0	81.0
1995	1108.3	519.8	277.5	242.3	327.4	246.1	81.3
1996	1190.4	562.1	293.1	269.0	352.8	264.7	88.1
1997	1265.1	576.4	299.9	276.5	376.1	278.0	98.1

Fuente : Informes de Liquidación del Presupuesto. Ministerio de Finanzas y Precios.

REFORMAS, ESTRATEGIAS DE DESARROLLO, PROGRAMAS PRIORIZADOS, PERSPECTIVAS.

Como quiera que en Cuba el Gasto Público en Salud viene creciendo paulatinamente durante las últimas cuatro décadas y reconociendo que los recursos públicos se muestran escasos en el universo de las Finanzas Públicas, nos imponemos la necesidad, por lo indispensable que resulta y como parte de una de las cinco dimensiones que según la CEPAL deben ser consideradas en un Pacto Fiscal, de trabajar en la elevación de la productividad de los recursos invertidos en lo que a salud se refiere; por ello la Reforma Sectorial en Cuba es entendida como el proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las disímiles instancias y funciones del Sector Salud, con el objetivo de incrementar la equidad de sus beneficios , la eficiencia de la gestión, y la efectividad de las prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Consideramos que son cuatro las razones fundamentales que justifican actualmente un momento de reforma del sector de la Salud en Cuba:

RAZONES FUNDAMENTALES QUE JUSTIFICAN UN MOMENTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN CUBA.

1. Consecuencias de la crisis económica en la situación de salud y los servicios de salud.
2. Proceso de transformaciones en el modelo socioeconómico.
3. Proceso de perfeccionamiento del Estado y el Gobierno.
4. Contradicciones propias del desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

Como consecuencia de la crisis, se han producido cambios en las condiciones de vida de la población y algún grado de deterioro de los servicios de salud, todo lo que ha traído como consecuencia que la situación ha variado en parte, adquiriendo las enfermedades transmisibles y los problemas asociados a la nutrición una importancia prioritaria. Este es el caso por ejemplo del incremento de la tuberculosis, la Leptospirosis, las enfermedades de trasmisión sexual, y el SIDA, así como el aumento del bajo peso al nacer y el riesgo de nuevas epidemias como han sido la Neuropatía Epidémica y el Dengue Hemorrágico.

Por otra parte los cambios ocurridos en los perfiles demográficos se unen a los antes señalados, para plantear nuevos retos a los servicios. El envejecimiento de la población, asociado a la disminución de la fecundidad, la amplia cobertura inmunitaria y la disminución de la morbilidad por algunas causas en la niñez, junto al desarrollo de los servicios en el nivel primario de atención con médicos y enfermeras especialistas, radicados directamente en la comunidad, permiten una reorientación de los recursos y servicios de salud.

A su vez el propio Sistema de Salud genera contradicciones, aportando nuevos elementos para la reforma; un ejemplo de ello ha sido el desarrollo del modelo de medicina familiar, que al cubrir a prácticamente toda la población con médicos y enfermeras en la comunidad, determina una transformación del resto del sistema de servicios, que deben redefinir un grupo de las funciones que han venido desempeñando y quedan cubiertas ahora por la medicina familiar, que al contar con especialistas con alta capacidad resolutiva, en acciones médicas curativas, de promoción y prevención, lo diferencian de forma importante, con otros modelos en que se cubre población en la comunidad con recursos humanos menos calificados y menor capacidad resolutiva.

Ante esta situación de nuevas realidades y retos, el Ministerio de Salud Pública ha trazado estrategias de acción que contienen las bases de un nuevo momento de **Reforma Sectorial,** para dar respuesta a los problemas y necesidades acumulados y emergentes, entre las que se destacan:

- El fortalecimiento de la descentralización.
- La intersectorialidad.
- La participación Comunitaria en Salud.
- El incremento de la eficiencia, la equidad y la calidad, garantizando la sostenibilidad.

Se enfatiza la necesidad de privilegiar las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades y perfeccionar la calidad de las acciones recuperativas. De esta forma se espera lograr un saldo positivo en términos de salud y calidad de vida de la población, a la vez que se reducen los costos, es decir **se aumenta la eficiencia del sistema,** uno de los objetivos centrales de la reforma.

Son tres los campos principales en los que se producirán las acciones de reforma sectorial:

1. Profunda transformación de la **gestión del sistema a través de cambios en los estilos de trabajo,** concretados a fortalecer el trabajo en los niveles de base del Sistema, mayor intercambio y presencia del nivel central de dirección en los territorios, incrementar la participación de la comunidad en la gestión de la salud y la creación de grupos de expertos para analizar problemas prioritarios del sector y proponer soluciones. La estrategia otorga un importante papel a los **Consejos de Salud**, instancias intersectoriales de coordinación a nivel nacional, provincial y municipal, de reciente creación. La creación de estos consejos constituye una de las vías principales para el desarrollo del perfeccionamiento de la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria, en función de mejorar la calidad de las acciones de los servicios, la relación costo-efectividad de las mismas y favorecer la movilización de recursos locales en función de la salud.

2. **La reorientación y fortalecimiento del modelo de Medicina Familiar**, en su calidad de pilar de la atención primaria en el país, a partir de la revisión y perfeccionamiento del modelo en el orden técnico y el desarrollo de la participación de la comunidad en la gestión de salud.

3. **La revitalización de los hospitales**, entendida como proceso de reorganización y perfeccionamiento de la gerencia y los servicios, que se brindan en este nivel de atención, acorde con el desplazamiento del peso de las acciones hacia la atención primaria.

4. La recuperación de especialidades y tecnologías de punta e investigación.

5. La consolidación del Programa Nacional de medicamentos y el desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional, el mejoramiento de servicios deteriorados como la atención estomatológica, óptica, Hogares de Ancianos e Impedidos Físicos y el transporte sanitario, la superación profesional, el control económico, el desarrollo del Sistema Integrado de Urgencia y los Complejos de Servicio de Salud.

El objetivo del perfeccionamiento del sistema, a partir de establecer las prioridades según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad se orienta además en la prioridad hacia cinco programas.

- Atención Materno Infantil
- Control de Enfermedades transmisibles
- Control de Enfermedades no transmisibles
- Atención al Adulto Mayor

INDICADORES	UM	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Natalidad	* 1000 Hab.	14.1	18.1	17.6	13.4	12.7	13.8
Nacidos vivos en Inst. de Salud	%	98.5	98.8	99.8	99.8	99.8	99.9
Mortalidad del menor de un año	*1000 Nac.Vivos	19.6	16.5	10.7	9.4	7.9	7.2
Mortalidad del menor de cinco años	*1000 Nac.Vivos	24.3	19.7	13.2	12.5	10.7	9.4
Indice de Bajo Peso al nacer	%	9.7	8.2	7.6	7.9	7.3	6.9
Mortalidad Materna	*1000 Nac.Vivos	52.6			32.6	24.2	21.6

Fuente: Anuario Estadístico. MINSAP-1997

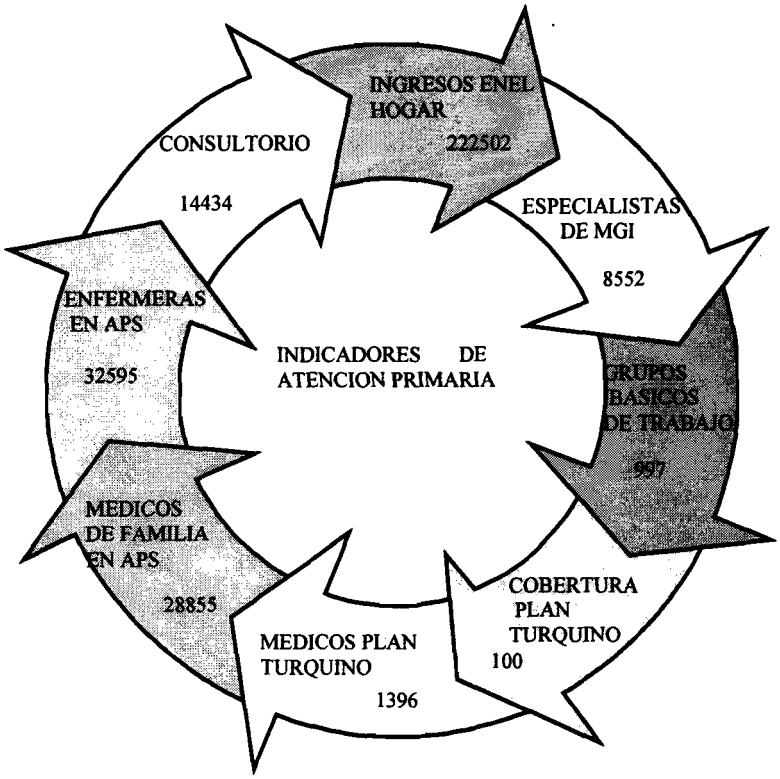
El Programa Materno Infantil prevé continuar reduciendo la tasa de Mortalidad hasta lograr situarla en 6 por 1000 nacidos vivos en el año 2000, la Tasa de Mortalidad en menores de cinco años en 8 por 1000 nacidos vivos, la Mortalidad Materna en menos de 2 por 10000 nacidos vivos y el Indice de Bajo Peso al nacer en 5.8%.

Persigue además incrementar los servicios de planificación familiar, en función del riesgo reproductivo preconcepcional, eliminar la sífilis congénita y disminuir la tasa de aborto hasta llevarla a 20 por 1000 mujeres.

El resto de los Programas se plantea un conjunto de objetivos, entre los que se encuentran la reducción de la mortalidad por asma, diabetes y cardiopatías isquémicas, disminuir la incidencia anual de tuberculosis, así como la morbilidad por leptospirosis, hepatitis B,la eliminación de la rubeola y la parotiditis en el presente año, reducir los índices de infestación por mosquito Aedes Aegipty y los indicadores de mortalidad en el adulto mayor.

Como parte de las Estrategias trazadas por el Sistema de Salud Cubano para lograr sus objetivos, se encuentra como pilar fundamental la reorientación del Sector hacia la Atención Primaria que descansa sobre su eje primordial "El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

Con el Modelo de Medicina Familiar acciones como el ingreso en el hogar y el seguimiento de egresados, la cirugía ambulatoria, los controles médicos, el control de embarazadas y el niño sano y otras muchas que no requieren hospitalización, se pueden hacer con igual o mayor calidad que en el Hospital, a la vez que se abre un amplio campo de acciones en promoción de salud, así como acciones de prevención de enfermedades sobre colectivos humanos. La inversión realizada en este modelo requiere explotar sus capacidades a profundidad y por ello, hay que permitir que sus posibilidades se expandan y liberen sus potencialidades científicas, las que deben ser permanentemente fortalecidas. De hecho a partir de la progresiva implantación de dicho programa el gasto en salud se ha ido incrementando paulatinamente, a medida que ha dado cobertura a casi el total de la población cubana.



Fuente: Control Gubernamental MINSAP, 1997.

La Atención Primaria de Salud en nuestro país ha sentado precedentes en la Salud Pública Internacional, especialmente por su carácter novedoso, futurista y abarcador, pues comprende no sólo la Prevención y Curación, sino también la Promoción y Rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específicos y el enfrentamiento a los problemas de salud con tecnologías propias para este nivel de atención, enfocados al individuo, la familia, la comunidad y el medio.

Con la implantación y desarrollo del modelo de Medicina Familiar en 1984, el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia se ratifica como eje del desarrollo estratégico hoy día, propiciando que el resto de las estrategias se orienten a partir y en función de ella.

Los aspectos esenciales sobre los que se sustenta este modelo de atención son:

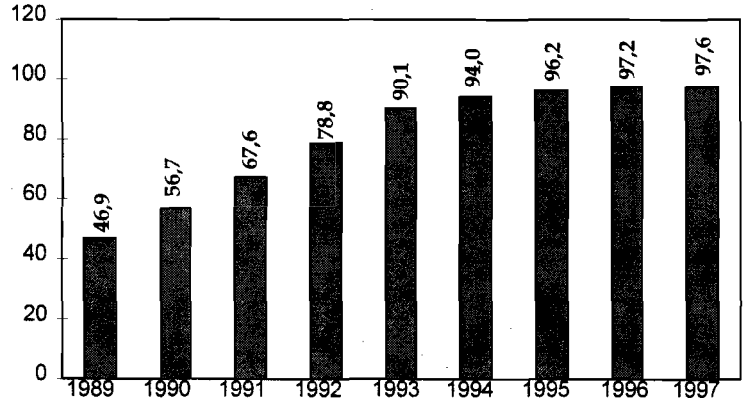
- La creciente tendencia a la superespecialización y fragmentación de la práctica médica.
- Los cambios en el patrón de morbi-mortalidad, producto del control de las enfermedades transmisibles y el incremento de las crónicas no transmisibles.
- La necesidad de influir sobre el individuo, la familia y la comunidad para lograr cambios de actitudes, de conductas de riesgo y la adopción de estilos de vida más sanos que prevengan las enfermedades y restauren la salud en lo biológico, psicológico, ambiental y social.

Con el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia se pretende alcanzar una mayor y mejor accesibilidad a los servicios de Atención Primaria, que cuentan con equipos de salud en constante perfeccionamiento facilitando la calidad y el desempeño profesional.

Al cierre de 1997 Cuba contaba con 28 855 Médicos de Familia, cifra con la cual logra dársele cobertura al 97,6 % de la población, el 63.0 % de los cuales laboran en la Comunidad, y el 34.0 % son Especialistas en Medicina General Integral.

El nivel Primario de Atención cuenta actualmente con 440 Policlínicos, a los cuales fueron asignados recursos por valor de 376.0 MMP en 1997, lo cual representa el 30.0% del total del Presupuesto ejecutado por el sector, 23.2 MMP más que en el año anterior y superior en 236.5 MMP a lo destinado a atención ambulatoria en 1985. Del total de Policlínicos 122 son Policlínicos Principales de Urgencia y aglutinan a 15967 consultorios de médicos de Familia y 64 Hospitales Rurales lo que garantiza un 100.0% de cobertura total para este nivel de atención.

PORCENTAJE DE POBLACION ATENDIDA POR EL MEDICO DE LA FAMILIA CUBA 1989-1997



Fuente: Anuario Estadìstico MINSAP, 1997.

Durante 1997 la Atención Primaria de Salud, en lo adelante APS entregó 43 289 605 de atenciones a la población, incluyendo consultas y controles médicos, que comparados con los ofrecidos en 1994, alrededor de 36.0 millones evidencian el incremento sustancial que ha tenido la producción de servicios en la APS, lo que ha traído como consecuencia el crecimiento del número de consultas por habitante. Nótese que en 1997 el 84.0 % de las consultas externas brindadas en el país corresponden al nivel primario.

CONSULTAS POR HABITANTE SEGÚN TIPO DE UNIDAD
AÑOS 1980, 1994 Y 1997

TIPO DE UNIDAD	AÑOS 1980	1994	1997
	CONSULTA EXTERNA		
Hospital	0.7	0.7	0.8
Policlínico	2.2	3.8	4.4
Otros	0.1	0.05	0.1
Total	3.0	4.5	5.2
	CUERPO DE GUARDIA		
Hospital	1.2	1.0	1.0
Policlínico	0.3	0.5	0.9
Otros	0.01	0.02	0.02
Total	1.5	1.6	1.9

Fuente :Anuario Estadístico. MINSAP-1997

Sin embargo, a pesar de los crecimientos en la oferta de servicios en este nivel, no se observan disminuciones sustanciales en el número de consultas por habitantes realizadas en los Hospitales, lo que evidentemente entra en contradicción con el desarrollo alcanzado por la APS, hecho que no es más que la consecuencia de la insuficiente capacidad resolutiva de este eslabón de la cadena y que representa uno de los problemas esenciales a que hoy debe enfrentarse este sistema.

Subsisten además otras dificultades que entorpecen y afectan los resultados del trabajo del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Por una parte, producto de las afectaciones económicas, las construcciones de nuevos consultorios se ha visto frenada y consecuentemente existen médicos, que laboran en locales adaptados, sin las condiciones óptimas para su desempeño y otros que deben compartirlos, cuestiones que indiscutiblemente disminuyen la interacción del médico con la comunidad y crea inestabilidad laboral. Súmesele a ello la falta de mantenimiento de las instalaciones dedicadas a la atención primaria por carencias de recursos financieros y materiales de toda índole, escaceses que también tienen lugar en el trabajo cotidiano.

Evidentes son también las limitaciones en las disponibilidades de medicamentos, reactivos, medios diagnósticos, material gastable y mantenimiento de equipos técnicos, lo que deriva en el flujo de pacientes hacia otros niveles de atención, sobrecargando fundamentalmente en los Hospitales con casos que pueden ser solucionados en el primer nivel, para paliar esta dificultad se viene creando y perfeccionando el Subsistema de Urgencia, a través del cual se pretende alcanzar un mayor poder de resolutividad en la Atención Primaria, dotándolos con recursos que lo permitan, aunque todavía dichas asignaciones sean insuficientes. Al concluir 1997 contamos con 122 Policlínicos Principales de Urgencia, y continúa su creación hasta completar los 50 restantes, en los 169 municipios del país, lo que el Presupuesto del estado asigna recursos actualmente.

El Sistema Integrado de Urgencia Médica se propone alcanzar antes de concluir esta centuria una letalidad inferior de 0.7% de los pacientes trasladados y reducirla en un 5.0% en las enfermedades rectoras de la urgencia y el grave.

Como parte del perfeccionamiento de la APS, con el objetivo de aliviar el servicio en los Hospitales, hoy se aplica el Ingreso en el Hogar en el 100.0% de los Consultorios médicos comunitarios, en todos y cada uno de los Policlínicos del país, habiendo realizado al cierre del año anterior 295669 ingresos de este tipo, 219547 más que en el mismo período del año anterior, cuando se realizaron 76122.

Afectan también el funcionamiento de este sistema factores de carácter organizativo, que unido a los déficits de insumos generan insatisfacciones en la población. El grado de satisfacción de la población en relación con los servicios de salud se controla tanto por la comisión de salud del Parlamento como por el MINSAP, a través de visitas periódicas integrales que incluyen encuentros directos con los usuarios, así como de ser necesario, encuentros rápidos relacionados con determinada problemática que aparezca en un momento dado. Además, dos veces al año los Delegados de cada Circunscripción del Poder Popular rinden cuentas a sus electores, referente a los servicios de salud. Los planteamientos más significativos en los últimos años se relacionan con la inestabilidad en la permanencia del Médico de Familia en el Consultorio, limitaciones en el transporte sanitario, deficiencias con insumos en las unidades y limitaciones en los servicios especializados de estomatología y óptica. Los resultados se analizan a las distintas instancias del gobierno y el Ministerio donde se toman las medidas correspondientes.

El Programa de inmunizaciones, elemento priorizado dentro del sistema como actividad preventiva es una de las labores más trascendentales en la APS. En Cuba existe un esquema de vacunación vigente que abarca un gran universo de enfermedades entre las que se encuentran: Difteria, Tétanos, Tosferina, Sarampión, Tuberculosis, Rubéola, Parotiditis y Meningitis Meningocócica, Hepatitis B y Poliomelitis para niños menores de dos años, el 99.0% de los cuales ya tienen todas sus dosis aplicadas.

TOTAL DE DOSIS APLICADAS SEGÚN TIPO DE VACUNA
1962-1997

TIPO DE VACUNA	TOTAL DE DOSIS APLICADAS
Toxoide Tetánico (T.T)	67343692
Antipoliomielítica (A.P.)	66208920
Antitifoidica (A.T.)	31983268
Triple Bacteriana (D.P.T.)	27065095
Duple (D.T.)	11703761
Antimeningocócica (Tipo B)	8005773
Triple Viral (P.R.S.)	4062628
Hepatitis B (H.B.V)	5837526
B.C.G	11062328

Fuente: Anuario Estadístico. MINSAP-1997

Otra de las Estrategias fundamentales de desarrollo y perfeccionamiento gira alrededor del mejoramiento y revitalización de los Hospitales que deberá arribar al año 2000 logrando:

- Garantizar las intervenciones quirúrgicas necesarias y que el 36.0% de la Cirugía Mayor Electiva sea realizada de forma ambulatoria.
- Disminuir el número de fallecidos en los Servicios de Urgencia Hospitalarios y en los de cuidados mínimos, de manera que los servicios de atención al grave brinden la cobertura necesaria a este tipo de atención.
- Extender el proceso de acreditación hospitalaria,
- Reducir la estadía en Hospitales Clínicos-Quirúrgicos y Generales.
- Incrementar el número de pacientes con seguimiento, a través del proceso de atención de enfermería.

El desarrollo del Programa de Medicamentos y Medicina Natural y Tradicional es otra de las más importantes líneas trazadas por el Sistema Nacional de Salud debido a la necesidad que nos impuso el comienzo del Período especial de centrar nuestros esfuerzos económicos en un grupo de medicamentos seleccionados que fueran capaces de dar la mayor respuesta terapéutica posible al mayor número de enfermedades y que a su vez reunieran todos los requisitos científicos que justifiquen su uso, estuvieran disponibles en todo momento y en las cantidades apropiadas y al menor costo posible y que garantice el medicamento a aquel que lo necesite, reduciendo la polifarmacia y la automedicación.

Hoy, a pesar de las regulaciones establecidas a fin de controlar la distribución y venta de medicamentos subsisten problemas fundamentalmente como consecuencia de la no satisfacción por parte de la industria de la demanda de algunos medicamentos controlados tanto importados, como producidos en el país y otros provenientes de Donaciones de diversas fuentes, que ha provocado el desvío de muchos de ellos al mercado subterráneo.

A pesar de que continúan la falta de materias primas, material de envase y las roturas de equipos básicos y auxiliares, y de que el financiamiento en divisas al concluir 1997 sólo alcanzó el 59.6% de lo planificado en MLC las ventas en farmacias crecieron de 231.0 MMP en 1996 a 267.9 MMP en 1997, que representa un incremento del 16.0%, obteniéndose además una reducción del número de medicamentos en falta de 28 medicamentos en relación al año anterior.

Estas dificultades y escaseses influyeron de manera determinante en la puesta en vigor del Programa de Medicina Natural y Tradicional que tiene como fundamento la utilización, entre otras, de las modalidades de la Medicina Tradicional Asiática, la Medicina Herbolaria, la apiterapia así como otros procederes terapéuticos tales como las aguas minero-medicinales, fangoterapia, homeopatía, el ozono, el uso de los campos magnéticos, la medicina Física y la Rehabilitación como métodos para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. El desarrollo de este Programa ha posibilitado la producción hasta 1997 de 50 Millones de unidades y la extensión de dichos servicios a todas las unidades asistenciales del país en las 14 provincias y en 151 de los 169 municipios. Además se incrementan las cantidades de pacientes atendidos en consulta

externa a través de acupuntura y otras modalidades de la MNT y sus contenidos se han introducido como materia de estudio en diversas especialidades.

Sin embargo existen dificultades que entorpecen el avance en esta línea y que descansan sobre todo en la inestabilidad de los insumos necesarios pues aún no se logra satisfacer la demanda de masa vegetal que se necesita para ofrecer este tipo de servicios, en la carencia de frascos y envases que limita los planes de producción, afectando la calidad de la presentación y por consecuencia su credibilidad así como en la insuficiente disponibilidad del equipamiento necesario al efecto.

Por su parte los Programas de Tecnologías de Punta e Investigaciones Científico-Técnicas también se han visto sumamente afectadas en la última década. A partir del comienzo del proceso transformador de los año 60 fueron concebidas y ejecutadas las políticas de desarrollo científico, fue entonces cuando fueron creadas instituciones tales como el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CENIC), siete institutos de investigación clínica y dos higiénico-epidemiológicos. En los 80 se produce un acelerado y multifacético desarrollo en la concepción y creación de centros orientados a la investigación científico-técnica, la producción de equipos e insumos, con servicios de alta tecnología y fuerza laboral calificada que permitiera la introducción y generalización de los resultados.

Nuestro país ha realizado un gran esfuerzo en la formación de recursos humanos. En particular en la rama de la salud, contamos con una cifra apreciable de profesionales que tienen funciones no sólo asistenciales, sino también docentes e investigativas. Estos profesionales han contribuido de forma integral a los actuales logros de la Salud Pública, de la Industria Farmacéutica y de la Biotecnología.

Logros indiscutibles de estas instituciones lo son la producción de interferones, la vacuna contra la meningitis menigocóccica, el factor de crecimiento epidérmico, la vacuna recombinante contra la Hepatitis B, el Sistema Ultra Micro Analítico, anticuerpos monoclonales, los equipos para registro y procesamiento de señales electrofisiológicas, la producción de surfactante pulmonar, la aplicación de tecnologías de restauración neurológica, y de introducción para el año próximo la vacuna contra la Hemophilos Influenzae.

No obstante la falta de medios e insumos, de bibliografía actualizada y de divulgación científica y publicaciones de los resultados obtenidos, a pesar de que la infraestructura y los recursos humanos están creados, ha limitado las investigaciones fundamentalmente en su cantidad y correspondencia con los problemas prioritarios del país en cada nivel de atención. Por ello el SNS se plantea como objetivos en esta esfera para el trienio 1998-2000:

- El perfeccionamiento de la actividad de investigación a partir de los objetivos primordiales a cada nivel y en función de las estrategias y programas priorizados, logrando que más del 90.0% de las investigaciones estén vinculados a estos e introduciendo el 80.0% de los resultados a la práctica de los servicios de salud.
- Incrementar las intervenciones quirúrgicas de cirugía cardiobascular y oftalmológica en un 10.0% anualmente, realizando no menos de 130 trasplantes renales por año.

- Iniciar el 80.0% de las evaluaciones de tecnologías aprobadas para 1998 como prioritarias, completar la creación de dos Subcentros de Ensayos Clínicos, así como perfeccionar y aplicar el Plan Magistral a todos los ensayos clínicos.

La riqueza de experiencias en el manejo de la salud pública en general y de instituciones generadoras de tecnologías de punta, que son ya una realidad concreta y que constituyen un gran potencial de desarrollo y solución de problemas propios y ajenos es lo que ha llevado a afirmar que existe junto a una Cuba pobre (con los grandes problemas expuestos), otra Cuba, la rica, que puede, y de hecho lo está haciendo contribuir a la solución de muchas de las dificultades existentes.

Es también la existencia de recursos humanos de gran experiencia en la concepción y desarrollo de Programas e Instituciones de Salud, y el desarrollo Científico y Técnico de numerosas instituciones de la alta tecnología, lo que permite a Cuba concurrir a la cooperación internacional ofreciendo estos recursos a países y organizaciones internacionales que los requieran La lucha antiepidémica, la vigilancia epidemiológica, la organización del servicio de estadísticas sanitarias y la organización de la asistencia en casos de desastre, son otros problemas en que se ha alcanzado notable desarrollo.

PERSPECTIVAS

El Sistema de Salud de Cuba sufrió durante el período 1990-1995 los efectos restrictivos en la disponibilidad de recursos que la crisis económica representó.

Aún en estas condiciones y dentro del necesario proceso de transformaciones que el país está obligado a realizar en su economía, el mantener los logros en la salud del pueblo constituye un objetivo estratégico para toda la sociedad.

En el orden del financiamiento del Sistema de Salud, ello implica que se ratifiquen dos principios:

- Que el Sistema continúe siendo totalmente financiado por el Presupuesto Estatal.
- Mantener la cobertura y la accesibilidad total mediante la gratuidad de los servicios.

No están previstos nuevos gastos para ser financiados por la familia, ni ninguna otra forma de privatización, tampoco se prevén sistemas de seguros. Tampoco se contempla ninguna medida de copago.

La misión de lograr una redistribución de los ingresos no debe ser asignada a los servicios sociales; será función del nuevo Sistema Tributario lograr que quien tenga más ingresos aporte más a los fondos generales del Estado y por ende contribuya más a que este financie los servicios sociales.

Resulta por tanto insoslayable continuar el camino de hacer cada vez más eficiente al sector Salud para que los recursos que a él dedica el Estado sean utilizados con el más alto grado de racionalidad y se obtengan de los mismos los más elevados resultados. Para ello el sector deberá modernizarse y adaptarse a las realidades del nuevo entorno económico, pero sin renunciar a los principios que le dieron origen y bajo los cuales ha alcanzado un considerable prestigio a nivel internacional.

Las líneas principales donde se trabajará son:

1. Reorientar el Sistema de Salud hacia la atención por los Médicos y Enfermeras de la Familia, de manera que la población resuelva a ese nivel un número creciente de problemas de salud, sin necesidad de recurrir a la atención en las unidades de alta complejidad, siendo este resultado el de más impacto esperado en la búsqueda de la mayor racionalidad económica.

2. Avanzar en los procesos de descentralización presupuestaria, dando la máxima autonomía a los Directores de las Unidades en su gestión administrativa de los gastos.

3. Implantar la utilización sistemática de la planificación de salud estratégica, descentralizada, participativa e intersectorial.

4. Profundizar en el análisis económico para la aprobación de nuevos Programas, introducción de medicamentos y nuevas tecnologías, así como la evaluación de los resultados de los mismos.

5. Continuar desarrollando nuevas formas de captación de divisas por el propio sector, que constituyan una fuente cada vez más importante para el financiamiento de la salud, como son los ingresos por exportación de medicamentos, la atención a pacientes extranjeros, la asistencia técnica al exterior. La impartición de cursos de formación y especialización de profesionales extranjeros en Cuba y la comercialización de publicaciones y otras producciones científicas.

CONCLUSIONES

1. El proceso de reforma en Cuba es entendido de forma diferente al resto de los países Latinoamericanos en lo que a Salud se refiere, pues se entiende, como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

2. Se ratifican los principios de que el Sistema de Salud continúe siendo financiado por el presupuesto Estatal y mantener la cobertura y accesibilidad total mediante la gratuidad de los servicios. No se prevén nuevos gastos para ser financiados por la familia ni ninguna otra forma de privatización, tampoco se prevén sistemas de seguros ni se contempla ninguna medida de copago.

3. Ante la actual situación de crisis económica producto del bloqueo norteamericano y la caída del bloque socialista de Europa del Este el estado cubano y el Ministerio de Salud Pública han emprendido un nuevo momento de Reforma Sectorial entre las que se destacan:

   - Fortalecimiento de la descentralización.
   - Intersectorialidad.
   - Participación Comunitaria en salud.
   - Incremento de la eficiencia, equidad y calidad, garantizando la sostenibilidad.

4. Los campos principales en los que se producirán las acciones de Reforma Sectorial son:

   - Transformación en los estilos de trabajo y desarrollo de su intersectorialidad con la creación de los Consejos de Salud.
   - Reorientación y fortalecimiento del Modelo de Medicina Familiar(Programa del Médico y la Enfermera de la Familia).
   - Revitalización de los Hospitales, a partir de la reorganización y perfeccionamiento de los servicios acorde con el desplazamiento del peso de las acciones hacia la atención primaria.
   - Recuperación de especialidades, tecnologías de punta y otros servicios deteriorados.

5. El financiamiento de los gastos de la Salud Pública es totalmente garantizado por el Presupuesto del Estado, el cual ofrece a la población servicios gratuitos en asistencia hospitalaria, atención primaria, abarcando también las actividades de promoción y rehabilitación.

MINISTERIO DE FINANZAS Y PRECIOS.
REPUBLICA DE CUBA.
DICIEMBRE DE 1998.
BIBLIOGRAFIA

- Análisis del Sector Salud en Cuba, Ministerio de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Abril de 1996.
- Control Gubernamental, Ministerio de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Enero de 1998.
- Anuario Estadístico, Ministerio de Salud Pública, Ciudad de la Habana,1997.
- Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba, 1996, Centro de Investigaciones de la Economía Mundial, Caguayo S.A, La Habana, 1997.
- Dotres, Carlos, Ministro de Salud Pública, Informe de Balance del Minsap-97,La Habana, 2-4 Marzo de 1998.
- Serie Informes Técnicos NO 30, Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de los noventa, OPS y OMS, Washington, D.C, Marzo 1994.
- Periódico Granma, Número 234, 24 de Noviembre de 1998.
- Pensamiento del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz como doctrina de la Salud Pública Cubana, Proyección Estratégica del Sistema Nacional de Salud, 1995-2000, MINSAP, Ciudad de la Habana, Septiembre de 1996.
- VI Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, MINSAP, 1997.
- Anuario Estadístico de Cuba, 1996, Oficina Nacional de Estadísticas,Ciudad de la Habana, Abril de 1998.
- The World Health Report, 1998, OMS, Génova, 1998.

LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN EN SALUD DE COSTA RICA: ALGUNAS LECCIONES DE UN CUASIMERCADO GERMINAL[1]

Ana Sojo [2]

[1] Ponencia al XI Seminario regional de política fiscal y talleres complementarios sobre evaluación de la gestión del gasto público en salud y finanzas públicas subnacionales, organizado por CEPAL, BID y Banco Mundial, Brasilia, enero 1999.

[2] Oficial de Asuntos Sociales de la CEPAL, Santiago de Chile. Las opiniones expresadas en este trabajo, que no ha sido sometido a revisión editorial, son exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

INDICE

RESUMEN

Desde 1996, la Caja Costarricense de Seguro Social ha promovido la constitución de cuasimercados en la salud pública. Sin crear a tal fin entidades exógenas, el nuevo diseño organizativo de la CCSS se orienta a separar internamente las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios, y se establece un nuevo modelo de financiamiento. La relación entre el financiamiento y compra y la provisión se concibe de forma contractual: los compromisos de gestión son el instrumento clave para asignar y transferir recursos en función del rendimiento y cumplimiento de metas, especificando objetivos de salud y fijando acuerdos de producción para cada centro, en los tres niveles de atención.

Se expone en primer lugar el nuevo modelo de financiamiento, y se caracterizan y resaltan los énfasis de los contratos de 1997, 1998 y 1999. Destaca que la medición de desempeño que orienta los compromisos transciende el simple uso de indicadores de eficiencia y eficacia, al dar un espacio relevante a la innovación de procesos que debieran permitir sistematizar la prestación de servicios, dilucidar aspectos específicos de su eficacia, y coadyuvar tanto a la reestructuración organizativa como a modificar la cultura de gestión. También la importancia otorgada al desarrollo de registros fiables sobre actividad, costos y calidad y de sistemas de información que pueden fortalecer la capacidad gerencial. Los contratos, además, promueven el desarrollo de una adecuada red de referencia y contrarreferencia.

En segundo lugar se extraen algunas conclusiones sobre los siguientes aspectos del cuasimercado en gestación: su sustento político, su fortaleza jurídica, su estructura organizativa, asimetrías y calidad de la información, el desempeño funcionario, usuario y participación social.

I. INTRODUCCION

La CCSS administra los servicios de salud a la población costarricense mediante un régimen que se nutre de cotizaciones compulsivas tripartitas, en un esquema universalista de prestaciones. La cuota asciende a un 7.5% de la nómina salarial: el patrono aporta el 4.75%, el trabajador el 2.5%, y el Estado un 0.25%. Esto potencia una amplia autonomía del uso de los recursos, ya que se encuentran en manos de la institución.

La innovación en materia de gestión en marcha ambiciona brindar una oferta equitativa y eficiente de prestaciones: a tal fin es necesario distribuir adecuada y equitativamente los recursos entre la atención primaria y hospitalaria; consolidar un sistema de referencia que asegure que las prestaciones se efectúen en el nivel adecuado a su grado de complejidad para reducir costos; mejorar la calidad de la atención para elevar la satisfacción del usuario; reducir las listas de espera; promover la eficiencia y equidad del gasto hospitalario; ampliar el uso de procedimientos ambulatorios.

Se pretende superar el patrón implícito y explícito de gestión tradicional de la CCSS y el sistema de incentivos negativos subyacente: desigual oferta de servicios que ha respondido a la capacidad de presión de cada centro; indiferencia hacia la insatisfacción de los usuarios; agendas médicas que constituyen una suerte de mercado cautivo en manos de los especialistas; control administrativo del presupuesto y desconocimiento de los costos de los servicios; remuneraciones determinadas por la antigüedad y ausencia de evaluación del desempeño de los funcionarios; alto grado de ausentismo y de sustituciones e incapacidades; autoregulación de los profesionales en el ámbito de la gestión clínica.

Una vía para asignar recursos de acuerdo con determinados resultados, objetivos y acuerdos de producción, consiste en un diseño organizativo que separa explícitamente las funciones públicas de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios; a la vez, se dispone un modelo de financiamiento para la compra y provisión de servicios mediante un contrato que establece la cantidad y tipo de actividades a realizar, especifica objetivos, responsabilidades e incentivos: el compromiso de gestión.

La distinción de funciones debe permitir establecer una oposición de intereses dentro del sector público que sea beneficiosa para maximizar la eficiencia. Se constituye así un cuasimercado cuyos precios, al no estar formados por la interacción de la oferta y la demanda, no son precios libres de mercado sino precios negociados o administrados, determinados por los términos del contrato. En cuanto a la demanda, los consumidores finales no influyen en el precio, que es regulado por la agencia gubernamental que actúa como comprador de acuerdo con el límite presupuestario fijado por el gobierno. Para que el cuasimercado sea eficiente, los proveedores relevantes deben estar sometidos a límites presupuestarios (Bartlett y Le Grand, 1993, pp. 23 y 24). Es el caso cuando se establece un presupuesto por producción, que contempla un techo y una cantidad prefijada.

En el caso de la CCSS, el cuasimercado se basa en un nuevo diseño organizativo que separa internamente las funciones de recaudación, financiamiento, compra y provisión de servicios de salud, sin crear a tal fin entidades exógenas, y en un modelo de financiamiento.

El análisis de los aspectos positivos y negativos de las experiencias internacionales condicionó tres ámbitos de preocupación: el sistema de pago debía evitar la sobreprestación de servicios o la manipulación en un contexto de baja producción; los indicadores no debían orientarse simplemente a resultados, saltándose los procesos, lo cual traiciona el compromiso y su credibilidad; la evaluación debía concebirse como un proceso fuerte, consistente y constante.

En cuanto a la oportunidad de la introducción de los contratos, las autoridades de la CCSS enfrentaron la disyuntiva de consolidar primero la capacidad de gestión requerida para asignar recursos de acuerdo al rendimiento e introducir después los compromisos, proceso más largo y quizá ficticio en términos políticos, o de adoptar los compromisos y aprender al ir haciendo.[3] Al optar por la segunda vía, el proceso se concibió como progresivo y gradual, considerando las capacidades gerenciales del comprador y de las diversas entidades prestadoras, y la necesidad de mejorar paralelamente los sistemas de información.

Los hospitales y clínicas de la CCSS y las clínicas organizadas como cooperativas se han ido insertando al cumplir ciertos requisitos. En 1998 se formularon los siguientes criterios para los hospitales: adecuado clima, organizacional, liderazgo, deseo de integrarse en el proceso, buena formulación del presupuesto, equipos de mejoramiento continuo de calidad estructurados. Para las áreas de salud: existencia de un equipo de apoyo a los compromisos, dotación mínima de recursos humanos, pertenencia exclusiva de personal a la CCSS,[4] adecuada planta física, organización comunitaria (véase Cuadro 1).

Para iniciar el proceso se asumieron los presupuestos históricos, y con datos de 1994 se construyó una función de producción. Se inició desde entonces una etapa de "marcha blanca", en la cual la entrega de recursos aún no ha estado efectivamente vinculada al cumplimiento de los compromisos, con la meta de que ello se alcance en el año 2000. Hasta que todos los prestadores estén insertos se plantea, además, una relativa laxitud: de lo contrario, se juzga, habría resistencias para integrarse.[5]

A diferencia de las propuestas de reforma de gestión antiestatistas, que ven al Estado como problema, pero no como parte de la solución (Ferlie et.al., 1996, p. 11), cabe destacar que la reforma de gestión de la CCSS busca conservar y consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano y elevar su contribución a la competitividad sistémica del país, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad.[6] Ello se plasma en varios aspectos. Por una parte, en los principios rectores del nuevo modelo de financiamiento: solidaridad, universalidad y

---

[3] Expresiones de Alvaro Salas, entonces Presidente Ejecutivo de la CCSS, en entrevista 5.2.1998.

[4] La firma de los compromisos precipitó, de hecho, el traslado definitivo de funcionarios del Ministerio de Salud a la CCSS en 1997 y 1998, en los ámbitos definidos para cada entidad, superando definitivamente la dualidad jerárquica que venía ocurriendo desde los años ochenta, al estar presente personal del MS y de la CCSS de manera no articulada.

[5] Entrevista con Rodolfo Piza, actual Presidente Ejecutivo de la CCSS, 7.12.1998

[6] Coincidimos con el análisis de Güendell (1997, p. 106) cuando afirma que en la Administración Figueres el énfasis de la reforma estuvo en reforzar las estructuras institucionales, perdiendo importancia relativa , por ejemplo, las experiencias de cooperativización surgidas en los ochenta y noventa. El reforzamiento de la calidad y eficiencia de la prestación pública mediante los compromisos de gestión precisamente refuerza el papel regulador del Estado al consolidar una función compradora, pero no en tanto debilitamiento de la función prestadora pública, como parecen sugerir Ortiz y Sequeira (1998), pp. 4 y 5.

equidad.[7]. Por otra, en que tiene como objetivo mejorar la calidad y eficiencia de la prestación pública mediante los compromisos de gestión, y en que se refuerza el papel regulador del Estado al consolidar una función compradora.

Cuadro 1

CCSS, 1999. UNIDADES CON COMPROMISOS DE GESTIÓN VIGENTES

Año de inclusión	Hospitales	Areas de salud	Cooperativas
1997	México Nacional de Niños Dr. Rafael Angel Calderón Guardia San Juan de Dios Monseñor Sanabria William Allen (Turrialba) San Francisco de Asís (Grecia)	Esparza Chacarita Santa Bárbara Turrialba-Jiménez Barranca	
1998	Dr. Escalante Pradilla (Pérez Zeledón) San Carlos San Vicente de Paul (Heredia)	Siquirres Guatuso Los Santos Paraíso Florencia Puriscal-Turrubares Coronado Santa Cruz Naranjo	COOPESAIN (Tibás) COOPESALUD (Pavas) COOPESANA (Santa Ana) COOPESIBA (Barva)
1999	Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Raúl Blanco Cervantes Instituto Materno Infantil La Carit Siquiátrico Los Chiles San Rafael (Alajuela) La Anexión (Nicoya) Max Peralta (Cartago) Golfito Dr. Enrique Baltodano (Liberia) Ciudad Neily	Peninsular (Jicaral-Paquera-Cóbano) El Guarco Guácimo Palmares Osa San José de Alajuela San Rafael de Puntarenas Belén -Flores Nicoya Orotina Parrita Montes de Oro Aserrí Liberia Zarcero Tibás-Merced-Uruca Goicoechea 2 Goicoechea 1 Pérez Zeledón Los Chiles	

Fuente: CCSS

[7] La equidad de distribución de recursos se define como "la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud de aquellos usuarios que posean iguales necesidades" (CCSS, 1997a, p. 36).

II. EL MODELO DE FINANCIAMIENTO[8]

1.Componente presupuestario variable

El modelo de financiamiento estipula un componente presupuestario variable, que permite penalizar el incumplimiento, ya que su disponibilidad se condiciona al logro de los objetivos y metas. El componente asciende a un 10% del presupuesto total, y se divide paritariamente en dos fondos:

a) el fondo de incentivos, cuyos recursos podrían ser reintegrados al ente prestador para flexibilizar la inversión en partidas que mejoren la calidad de las prestaciones. Esta reserva permitiría financiar incentivos monetarios y no monetarios a los funcionarios, tales como capacitación, mejoras y mantenimiento de la planta física, adquisición de equipo menor, mantenimiento de equipo, etc. Este fondo puede incrementarse con ahorros generados por la gestión del presupuesto por producción, que no vayan en detrimento de los objetivos establecidos, y por un monto máximo del 80% del ahorro logrado.

b) el fondo de compensación solidaria, por su parte, constituye un margen de protección o compensación contra imprevistos en la ejecución presupuestaria, tales como producción que exceda la actividad prevista o incrementos del costo de la producción. En los hospitales, los recursos del Fondo de compensación solidaria que no se ejecuten se destinarán a un programa de renovación tecnológica.

2. Especificaciones del primer nivel de atención

Se plantea que los objetivos del compromiso deben ser realistas y que deben responder a las necesidades de salud de la población de cada área de salud, en tres ámbitos: presupuesto, objetivos de salud y satisfacción del usuario. El modelo contempla tres fases para la innovación del financiamiento.

En la primera, los recursos correspondientes a los gastos de personal más servicios no personales se asignan de acuerdo con el presupuesto histórico, pero se introduce el 10% de asignación variable.

Los recursos disponibles del fondo de incentivos y de compensación solidaria, sujetos al cumplimiento de los compromisos, podrán usarse en las siguientes áreas: inversiones menores en maquinaria y equipo, mejoras al inmueble, capacitación, becas, reparación del equipo existente y otros que mejoren la capacidad resolutiva.

En la segunda fase, se introduce el pago per cápita: las tarifas se obtendrán de dividir la asignación fija histórica por el número de habitantes cubiertos. Se crea asimismo un "fondo de capacidad resolutiva", cuyo financiamiento provendría de reducciones equivalentes del presupuesto de los hospitales, y que se asigna a la atención primaria de acuerdo con su capacidad para atraer clientes y contener el uso de los hospitales.

---

[8] El planteamiento del modelo tiene como principal fuente: CCSS, 1997a

En la tercera fase, el pago per cápita sufrirá un ajuste por tasas de mortalidad infantil, sexo y estructura de edades, y los patrones concomitantes de uso de servicios. Por otra parte, para fortalecer el sistema de referencias, el nivel primario captará entonces los recursos destinados anteriormente a la "primera visita" de la consulta externa hospitalaria, en tanto que los hospitales facturarán a los centros de atención primaria por los pacientes que les sean remitidos.

3. Especificaciones del segundo y tercer nivel de atención

En la primera fase del financiamiento por producción, la actividad global del hospital se desglosa en cuatro áreas: hospitalización; atención ambulatoria en consultas especializadas y no especializadas; urgencias; programas asistenciales especiales, docentes y de investigación. Se determina una unidad de producción homogénea para los cuatro tipos de actividad. Este coeficiente estándar de equivalencia se denomina la unidad de producción hospitalaria (UPH), muy estrechamente relacionada con la estancia hospitalaria. La actividad de las áreas se agrupa y se pondera en una escala de valor relativo, que considera criterios de costo, planificación y productividad, constituida por los valores en UPH (cuadro 2).

En esta primera etapa, se introducen estancias medias estandarizadas por sección o departamento, que consideran la severidad de los casos o la casuística. Este incentivo premia a los hospitales cuyas estancias sean menores al estándar, e incentiva, en general, a reducir la estancia media.

Cuadro 2

COSTA RICA : VALORES UPH 1997

ESCALA DE VALOR RELATIVA PARA HOSPITALES (TIPO DE ACTIVIDAD)	EQUIVALENCIA UPH	
1 Estancia	1	UPH
1 Urgencia	0.35	UPH
Primera visita especializada	0.40	UPH
Primera visita resto	0.25	UPH
Visita sucesiva especializada	0.2	UPH
Visita sucesiva resto	0.1	UPH
Visita odontológica	0.1	UPH
Visita no médica	0.05	UPH

Fuente: CCSS.

Los valores UPH se pagan de acuerdo con una tarifa que es invariable para el período de vigencia del compromiso. El presupuesto por producción equivale a la cantidad de UPH de cada actividad concertada, multiplicada por la correspondiente tarifa. El pago de actividades que exceden las UPH pactadas debe efectuarse de acuerdo a su costo marginal, y su fuente de financiamiento —sean ahorros generados o fondo de compensación solidaria— varía según la relación global entre el presupuesto por producción y el presupuesto ejecutado.

Cabe anotar que la función de producción de los contratos de 1997 se construyó con datos de 1994. Y que, al haberse entonces reportado una producción hospitalaria mayor que la esperada, la tarifa para los compromisos de 1998 fue readecuada.

La medición por UPH se reconoce como imperfecta, poco sensible a variaciones de costo, y sujeta a correcciones. Se pretende, por tanto, avanzar hacia el pago por casuística o combinación de patologías atendidas. De allí que en una segunda fase se considerará la casuística vigente en cada hospital para fijar estándares por servicio.

En la tercera fase, para establecer tarifas acordes con la complejidad hospitalaria, el financiamiento por UPH crecientemente debe ceder terreno al uso de la casuística ("case mix"), o de grupos relacionados de diagnóstico (GRD). Luego, las estancias medias estándar serán definidas por el agrupamiento de egresos, y las tarifas se establecerán por producto hospitalario, para grupos de egreso con episodios de hospitalización claramente reconocibles.

III. LOS COMPROMISOS DE GESTION [9]

Los contratos de los cuasimercados son un medio para compartir riesgos, beneficios y responsabilidades, y el marco institucional en que se desarrollan condiciona estrechamente la manera en que éstos se interpretan, ya que su significado no es evidente por sí solo. Implican planear cómo se hacen las cosas y cómo se estructuran relaciones operativas, y constituyen la base de negociación de relaciones continuas, más que un detallado "statement" de la naturaleza de estas relaciones. Se puede, por tanto, afirmar que, generalmente, estos contratos son una mezcla de método y de desempeño (Walsh, 1995, pp.41-43, 113)

La traslación de una gestión por jerarquía a una gestión por contrato es el eje de la construcción del cuasimercado de la CCSS: el compromiso permite articular los aspectos sustanciales de la regulación institucional. Se concibe como el instrumento central para separar las funciones y para maximizar la cantidad, equidad y calidad de los servicios de salud brindados a la población usando bien los recursos. El financiamiento de los hospitales y clínicas y del nivel primario de atención mediante un presupuesto por producción, que contempla un techo y una cantidad prefijada, se cristaliza en la cantidad y el tipo de actividades a realizar.. A continuación, se plantean algunas características del instrumento a lo largo de tres años; como se verá, se trata de contratos bastante extensos y detallados.

---

[9] Este análisis e interpretación tiene como base empírica los protocolos de los compromisos de gestión de la CCSS, sus evaluaciones semestrales y anuales, documentación y entrevistas que se detallan en Sojo (1998).

1. Los compromisos de 1997

Los compromisos de gestión de la CCSS son específicos para las áreas de salud, y para el segundo y tercer nivel de atención. Los primeros contratos, tanto con las áreas de salud como con los hospitales, se establecieron del 1 de enero de 1997 al 30 de junio del mismo año, y fueron renovados al 31 de diciembre de 1997. El buen grado de cumplimiento de esas entidades llevó a establecer nuevos objetivos y metas al renovarse sus contratos para el segundo semestre, mientras que rezagos del cumplimiento de los hospitales, con excepciones como la del Hospital de Niños, llevaron a extender el plazo hasta el 31 de diciembre para cumplir con los objetivos y metas inicialmente pactados.

Los productos que provee el Estado generalmente son complejos y poco estandarizados, lo cual dificulta resumir las variaciones de eficiencia y eficacia en indicadores sintéticos únicos, y hace conveniente utilizar métodos de evaluación complejos y con criterios múltiples (Gadrey, 1996, p. 219). Los contratos implican un esfuerzo por especificar el producto, y considerando la complejidad de éste, conviene que contemplen variados aspectos que inciden en la productividad, tales como procesos.

Dentro de las vertientes de la llamada nueva gestión pública, pueden distinguirse aquéllas en las cuales los procesos son tan importantes como los resultados organizativos, de otros modelos centrados más estrechamente en las tareas (Ferlie et.al., 1996, p. 14). La medición de desempeño de los compromisos de la CCSS tiene claramente esa orientación amplia, que trasciende el simple uso de indicadores de eficiencia o eficacia, aunque evidentemente éstos también se utilizan (ver cuadros 3, 4A y 4B).

Es así como la amplia gama de componentes de los contratos de gestión de la CCSS de 1997 —incluyendo sus llamadas cláusulas adicionales— comprende introducir o mejorar ciertos sistemas de información, hacer vigentes y optimizar procesos que no venían funcionando adecuadamente o bien, desarrollar nuevos procesos que permitan conocer y sistematizar la prestación de servicios y dilucidar aspectos específicos de su eficacia. Un análisis de los indicadores relacionados con estos aspectos evidencia su predominio, tanto para las áreas de salud como para los hospitales, al menos en términos cuantitativos.

Algunos componentes, como los protocolos clínicos, coadyuvan potencialmente por sí mismos a la reestructuración institucional, ya que implican sendas modificaciones de los procesos de trabajo. De allí que estos aspectos complementarios de los compromisos parezcan ser, al menos, tan importantes como el incremento de los índices de actividad y de los resultados en salud, aspectos que evidentemente también están presentes, por ejemplo, en las metas de reducción de las listas de espera.

Los compromisos de la CCSS establecen sistemas de información en numerosos niveles que debieran permitir tanto al financiador-comprador como al prestador conocer cómo se realiza efectivamente la prestación de servicios; tener elementos de juicio para un diagnóstico sobre la eficiencia y eficacia del uso de los recursos y para modificar los procesos de gestión y prestaciones pertinentes; elaborar algunos indicadores de eficiencia y eficacia. Esta gama de objetivos subyace a varias de las cláusulas adicionales de los compromisos de la CCSS, en las cuales el desarrollo de registros fiables sobre actividad, costos y calidad ocupa un sitio preponderante.

Destacan los protocolos de atención y de tratamiento que debieran permitir conocer los procesos propios de la gestión clínica, ámbito que tradicionalmente ha constituído una caja negra en la cual los médicos han actuado sin restricciones. Los protocolos permiten modifican ese grado de autonomía de las prácticas laborales y debieran permitir: someter a escrutinio el modo cómo se efectúan las prestaciones, para determinar su eficiencia técnica, clínica y de gestión; individualizar los procesos en juego, para avanzar en la conformación de centros de costos de las prestaciones y avanzar hacia el pago por grupos relacionados de diagnóstico (GRD); delimitar responsabilidades funcionarias y de los equipos en la prestación de los servicios, para mejorar la calidad y conocer el desempeño; modificar y hacer ajustes al comportamiento clínico.

La formalización mediante protocolos, guías y procedimientos operativos, colocando al paciente en el centro del proceso, debe contribuir a garantizar una continuidad de la atención del paciente individual, a reducir el uso de tratamientos inadecuados, a prevenir episodios caros de enfermedades concretas, tales como diabetes y a mejorar la calidad (Bengoa, 1997, pp.37 y 38). En ese sentido puede también afirmarse que los protocolos contribuyen a formalizar el producto médico entendido como "bien de reputación", en tanto vehículo de información sobre la calidad de la intervención de cada médico (Béjean, 1994, p. 186).

Instaurar protocolos clínicos implica exigencias técnicas y acuerdos respecto de cómo registrar los procedimientos para aspirar a su estandarización. En términos políticos ha sido una tarea compleja que ha encontrado resistencia por parte de los médicos[10] o que bien ha motivado a quienes los vinculan con formación clínica y con el avanzar hacia la excelencia aunque no perciban tanto su relevancia para la gestión.[11]

Los contratos de la CCSS reúnen elementos que se orientan a organizar mejor el sistema de salud y la prestación de servicios, particularmente en cuanto a la interacción de los tres niveles de atención en el sistema de referencia y contrareferencia: el sistema de referencias se apuntala, premiando la capacidad de resolución de las áreas de salud y la disminución de referencias; en cuanto a los hospitales, se reglamenta un sistema de referencias y, en algunos casos, se especifica una red hospitalaria que debe consolidarse. Ello tendría efectos positivos en la eficacia y la eficiencia, en la cobertura y la calidad de la atención: por ejemplo, tratar a los pacientes diabéticos que ya lograron un equilibrio en niveles menos sofisticados del sistema.

En las áreas de salud el compromiso pretende incentivar acciones de prevención y promoción de la salud en el primer nivel, que a mediano y largo plazo permitan disminuir la morbilidad y mortalidad y consolidar condiciones de salud deseables, prestando adecuada atención prenatal, seguimiento del desarrollo infantil, la detección precoz de enfermedades, tales como cáncer de cervix, y la detección y control de enfermedades crónicas prioritarias tales como diabetes e hipertensión. Para las áreas de salud, se elaboraron normas de atención integral del primer nivel que constituyen el marco de referencia para evaluar su quehacer.

---

[10] Entrevista a Manrique Soto, entonces Director general Hospital San Juan de Dios, 5.2.1998.

[11] Entrevista con L.B. Saénz, entonces Director del proyecto de modernización de la CSS, 26.2.1998.

Los indicadores de desempeño hospitalario se organizan en torno a tres ámbitos: objetivos organizativos, tales como el registro de referencias del sector primario o el desarrollo de un sistema centralizado de gestión de las listas de espera; objetivos asistenciales o de programas específicos, destinados a problemas como la reducción de las listas de espera o la disminución de la tasa de cesáreas; objetivos de calidad, que mejoran la atención y satisfacción del usuario.

Cabe enfatizar que la consolidación del sistema de referencia con sus beneficiosos efectos sobre la reducción gradual de las filas en consulta externa y en especialidades, depende también de avances en otros terrenos de la reforma de la salud: a saber, de la consolidación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS).[12]

La calidad de la atención, concebida como un proceso continuo de mejoramiento, tiene un espacio importante en los contratos de la CCSS. La medición de calidad está presente en indicadores que remiten a la eficacia de las prestaciones médicas: complicaciones de la salud de pacientes, trayectoria y causas de la tasa de mortalidad etc., o en procedimientos para asegurar el uso adecuado de los medicamentos, mejorar los expedientes individuales de salud o controlar las infecciones intrahospitalarias. Y la preocupación subyace a aspectos relacionados con la oportunidad y el acceso a la atención —reducción de listas de espera, resolución de urgencias, agilización de servicios de apoyo tales como farmacia. En el ámbito de calidad, hay medidas del compromiso orientadas a identificar procesos y responsabilidades funcionarias, tales como los protocolos de lavado de manos en los hospitales: subyace a esto la idea de que el logro de calidad se puede detectar y medir en los procesos que lo condicionan.

Parafraseando a Hirschman, como la reforma no constituye una apuesta por "la salida del cliente", se confía en la "voz del usuario" como fuente de retroalimentación. Esta preocupación se expresa directamente en el establecimiento de sistemas que debieran permitir conocer tanto las principales fallas percibidas de la atención clínica, como el grado de satisfacción de los usuarios; se fijan también procedimientos para resolver reclamos.

Hay metas directamente referidas a la eficiencia en el uso de los recursos, tales como la reducción de las listas de espera en especialidades, el mejor uso de la capacidad instalada —ej., de los quirófanos— y la reducción del ausentismo de los médicos. Una significativa reducción del ausentismo es una de las metas más difíciles de lograr si se acude exclusiva o primordialmente al compromiso de gestión, sin modificaciones sustanciales de las formas de contratación y de remuneración del personal (Sojo, 1996).

2. Los compromisos de 1998 y 1999

Los compromisos de gestión que se asumen en los dos siguientes años no modifican sustancialmente el perfil y orientación de aquéllos suscritos en 1997, sino que agregan algunas cláusulas complementarias. Es notorio que algunos aspectos considerados inicialmente solo para las áreas de salud o bien para los hospitales, se amplían más tarde para los diversos niveles de atención.

[12] Sobre los EBAIS ver un detallado análisis en Costa Rica, MIDEPLAN (1998), PP. 195-200

En el caso de los hospitales, los compromisos de 1998 amplían a éstos el control de calidad del expediente de salud, que había sido planteado desde el año anterior para las áreas de salud. Se acentúa la preocupación por agilizar los servicios de consulta en especialidades médicas y en cirugía, para reducir las listas de espera. De allí que se exija un análisis de la oportunidad de la atención que considera: censo de las agendas médicas, consolidación de listados de pacientes en espera para cirugía electiva, identificación de especialidades críticas, identificación de cirugías electivas con esperas prolongadas, y elaborar un plan de intervención en áreas críticas. En cuanto a los prolongados tiempos de espera en la atención ambulatoria, se dispone analizar la incidencia negativa de los servicios de apoyo, y se exige un plan de reducción de los tiempos de espera.

Se exigió a los hospitales establecer acuerdos internos entre la Dirección y las jefaturas de los servicios, considerando jefaturas de sección y servicios de apoyo, para cumplir con el compromiso. En el mismo sentido, se debió constituir en cada unol un Consejo de Dirección a cargo de velar por su ejecución

En el caso de las áreas de salud, en 1998 también está presente la preocupación por reducir los tiempos de espera en el despacho de medicamentos y en la atención médica: se exige un análisis de los problemas y plantear alternativas de solución. En cuanto al fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia, se exigen evidencias de coordinación con los establecimientos respectivos.

Cuadro 3
COSTA RICA: COMPROMISOS DE GESTIÓN 1997 DE LAS CCSS CON LOS HOSPITALES

Ámbitos	Indicadores sistema de información y procesos	Indicadores eficiencia	Indicadores eficacia	Metas	Actividades conex
CONSULTA EXTERNA	• Sistema centralizado de citas en admisión (automatizado o manual) • Mecanismo centralizado de lista de espera por especialidades (automatizado o manual) • Registro de diagnósticos y tratamientos efectuados por cada servicio • Sistema de registro de patologías • Registro de procedimientos	• Tasa ocupación en consulta externa • Situación listas de espera	• Tasa de mortalidad de pacientes tratados en clínicas multidisciplinarias	• Reducción de listas de espera, fijando %, y estableciendo plazos máximos de espera.	
PRESTACIONES HOSPITALARIAS	• Nueva hoja de egreso hospitalaria • Registro de reingresos • Registro mensual de la tasa de cancelación de intervenciones quirúrgicas programadas, con causas • Registro de atención obstétrica • Registro de actividades • Protocolo de lavado de manos en todos los servicios • Protocolo de detección y control de portadores intrahospitalarios de enfermedades de infecciosas • Registros de atenciones y de complicaciones de la atención obstétrica-pediátrica	• Tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas y pruebas complementarias, e indicador de demora • Giro-cama (mayor de 60) • Tasas estancia clínicas multidisciplinarias	• Tasa de reingresos por patología y servicios • Tasa de mortalidad de niños • Complicaciones en área materno-infantil • Complicaciones en diferentes pacientes de las clínicas multidisciplinarias • Tasas de mortalidad pacientes tratados en las clínicas multidisciplinarias • Tasa de cancelación de intervenciones quirúrgicas programadas • Tasa de complicaciones postparto y postcesárea	• Prevención y control de la infección nosocomial • Análisis cuantitativo y cualitativo de las complicaciones en el área de la salud materna infantil, según patología, edad y período	• Determinación de resp de coordinación de las actividades respectiva • Capacitación en preve control de la infección nosocomial • Detección y control d portadores intrahospit de enfermedades infe
SISTEMA DE REFERENCIAS	• Registro de referencias derivadas del primer y segundo nivel y de áreas de atracción, para identificar pacientes. Incluye referencia territorial, razón o diagnóstico de la referencia • Vigencia de sistemas de referencias y contrareferencia • Informe tripartito (Grecia, Monseñor Sanabria y México) al Financiador Comprador sobre patologías que debieran ser resueltas en otros niveles de la red				
RECURSOS HUMANOS	• Registro de días de incapacidad de los empleados de la CCSS y de la población en general			• Implantar un sistema de control y evaluación de los días de incapacidad. • Reducir los días de incapacidad (%) • % de jefaturas capacitadas en gestión	
CALIDAD Y ATENCIÓN AL USUARIO	• Encuestas de satisfacción de los usuarios externos. • Recepción de reclamaciones escritas de usuarios, con 10 días como tiempo máximo de respuesta			• Análisis cualitativo de quejas y reclamaciones de usuarios	• Existencia de program mejoramiento continu entado a la atención d usuario
SERVICIOS APOYO	• Registro sobre entrega de medicamentos • Informe sobre uso de medicamentos			• Tiempos adecuados de entrega • Uso adecuado de medicamentos	• Programas de instrucc apacientes • Sistema para evitar so entrega de medicame • Consolidación de farm satélites.
ATENCIÓN CLÍNICA	• Protocolos de atención • Protocolo de tratamiento				• Establecimiento de co protocolos de atenció farmacoterapia. • Elaboración de inform protocolos de activida

Fuente: Elaboración propia, con base en documentación oficial.

Cuadro 4-A

COSTA RICA: COMPROMISOS DE GESTIÓN 1997 DE LA CCSS CON LAS ÁREAS DE SALUD.

Ámbitos	Indicadores sistema de información y procesos	Indicadores eficacia	Actividades conexas
ACTIVIDAD REALIZADA	• Cobertura de la consulta: consultas de primera vez/población adscrita • Concentración de la consulta: consultas de primera vez/total de consultas en el periodo. • Urgencias por habitantes: número de urgencias/total de habitantes • Razón de urgencias: total de urgencias atendidas/total de consultas • Registros de: agenda diaria de actividad vacunaciones		
CARACTERIZACIÓN BENEFICIARIOS	• Pirámide población actualizada • Análisis de situación de salud actualizado • Ficha familiar actualizada de la población • Porcentaje de viviendas según riesgo: número de viviendas según riesgo/total de viviendas. • Concentración de visita domiciliar según riesgo: número de visitas a viviendas según riesgo/número de viviendas según riesgo • Estado nutricional de menores de 6 años, con base en tabla peso/edad • Condición de asegurados con base en ficha familiar		
ACCESO POBLACIÓN ADSCRITA	• Plan de promoción de estilos de vida saludables • Plan de control y atención de al menos dos problemas transmisibles prevalentes: malaria y sida • Objetivos por programas: a) Niño ⇒ Cobertura de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 6 años ⇒ Cobertura en vacunación con esquema básico b) Adolescente ⇒ Cobertura en consejería de salud sexual y reproductiva c) Mujer ⇒ Cobertura de atención prenatal del período (incluye control fuera del área de atracción). ⇒ Registro de pacientes embarazadas con y sin control ⇒ Cobertura de detección de cáncer de cérvix en mujeres, según grupo de edad d) Adulto ⇒ Número de hipertensos identificados en unidad proveedora ⇒ Cobertura de personas hipertensas identificadas en control ⇒ Número de diabéticos identificados ⇒ Cobertura de personas diabéticas en control e) Adulto mayor ⇒ Cobertura de personas con clasificación de riesgo		

(cont.)

Cuadro 4-B
COSTA RICA: COMPROMISOS DE GESTIÓN 1997 DE LA CCSS CON LAS ÁREAS DE SALUD

Ámbitos	Indicadores sistema de información y procesos	Indicadores eficacia	Actividades conexas
FORTALECIMIENTO SISTEMA DE REFERENCIAS	• Cumplimiento de referencias a determinado hospital • Elaboración de propuesta sobre interrelación de establecimientos y de niveles asistenciales • Coordinación con otros actores del área en aras de atención integral; • Recibo contrareferencias del área • Registro de casos referidos a otros niveles asistenciales • Actividad generada por el área de salud en el siguiente nivel de atención a) Registro de solicitudes de radiografías solicitadas b) Registro de exámenes de laboratorio solicitados c) Registro de recetas solicitadas	• Resolución de urgencias: total de urgencias referidas a otro nivel de complejidad/total de urgencias atendidas • Porcentaje de referencias: total de referencias/total de consultas 100	
ATENCIÓN CLÍNICA	• Expediente individual de salud • Historia clínica y examen físico completo, y hoja de identificación • Registro de atención brindada al paciente (expedientes clínicos en expediente de salud u otro)		• Un equipo de mejoramiento continuo de la calidad, que analice e inicie plan de resoluci en al menos dos áreas críticas de los servic de salud • Una comisión de análisis de muertes mater e infantiles, que investigue los casos • Un mecanismo de control de calidad del expediente individual de salud, que tenga como mínimo los siguientes requisitos: exi encia de un responsable o grupo encargado evaluación de al menos una muestra repres ntativa de expedientes durante el período d compromiso
CALIDAD Y ATENCIÓN AL USUARIO		• Un sistema de reclamación y sugerencias	• Un lugar accesible para la recepción de los reclamos y sugerencias existencia de un funcionario o grupo que atienda, conteste y resuelva generar un listado de principales problemas y su plan de solución • Aplicación del instrumento sobre satisfacci de los usuarios, provisto por el financiador-comprador • Brindar información al usuario sobre servici del centro
RECURSOS HUMANOS	• Registro de personal por categorías actualizado • Registro de incapacidades del personal por categorías		
FORTALECIMIENTO CENTROS COSTOS	• Desarrollo gradual de registros contables distintos a los tradicionales, con asesoría del financiador-comprador • Remitir oportunamente información financiero-contable		

Fuente: Elaboración propia, con base en documentación oficial.

En 1999, los compromisos con las áreas de salud incluyen nuevos componentes en acciones de promoción de la salud con participación social: es el caso de la capacitación en salud a los padres, con el establecimiento de la llamada "Escuela para padres", o con el curso de parto psicoprofiláctico. Respecto del fortalecimiento de la red de servicios, el segundo nivel de atención debe realizar actividades de interconsulta y de capacitación para el primer nivel de atención.

Los hospitales, por su parte, deben sistematizar en 1999 la estructura de la población adscrita y de la efectivamente atendida por servicio, aspecto que en el caso de las áreas como se vió venía siendo planteado desde 1997. Los compromisos tienen en esta oportunidad un fuerte énfasis en la exigencia de elaboración de numerosos indicadores de eficiencia, a saber: el índice ocupacional por servicio; la estancia hospitalaria promedio por servicio; número de consultas promedio por paciente por especialidad; número de procedimientos por tipo y área de producción; % de citas perdidas y sustituidas; % de referencias atendidas; % de contrareferencias emitidas; % de atenciones en urgencias, % de urgencias con observación; % de urgencias ingresadas; % de fallecidos en urgencias; % de urgencias contrareferidas; tiempo promedio de observación en urgencias; tiempo de entrega de exámenes de laboratorio; % de exámenes de laboratorio realizados para los diversos servicios; tiempo de entrega de placas y reportes de radiodiagnóstico y % realizado para los diversos servicios.

Además, se especifica el rango del uso de otros recursos mediante diversos índices de eficiencia que deben alcanzarse: un giro cama anual mayor a 50; un índice operatorio mayor a 80; estancia preoperatoria en cirugía electiva de 48 horas; un tiempo efectivo diario de utilización del quirófano de 5 horas; el tiempo de espera para cirugía electiva menor a tres meses; las suspensiones justificadas de cirugía electiva en menos del 5%. El tiempo de espera para citas de primera vez por especialidad se fijó en 3 meses o menos, y se estipuló que de la jornada ordinaria de los médicos que tengan asignado tiempo para consulta externa y procedimientos, al menos un 30% se dedique a consulta externa.

En el ámbito organizativo, se exige la conformación del Consejo de dirección y que al menos la mitad de los funcionarios estén informados respecto de los compromisos de gestión, lo cual se medirá con una encuesta.

Se estima que los hospitales han condicionado el cumplimiento de ciertos aspectos del compromiso a actividades del centro como un recurso para soslayar el cumplimiento, razón por la cual tales condicionamientos se han reducido.[13]

En relación con los hospitales, se ha discernido sobre el grado de comparabilidad de los centros y se han segregado para la asignación cuatro conjuntos de actividades: a) elemento asistencial, que se plantea como comparable y medible en UPH; b) actividades especiales claves, tales como las del San Juan de Dios en quemados, del Calderón Guardia en trasplante de hígado o del México en trasplante de corazón; c) actividades extraordinarias, como combatir el dengue o el cólera; d) inversiones, para lo cual antes no se establecía un financiamiento sistemático.[14]

---

[13] Entrevista con Rodolfo Piza, op.cit.

[14] Entrevista con René Escalante, Gerente de la División administrativa de la CCSS, 10.12.1998

IV. ALGUNAS LECCIONES TEMPRANAS

1. Sustento político y razonable continuidad de la reforma

En la vida real no hay una clara división entre el "management" público y la política, razón por la cual la eficacia del "management" público requiere nexos muy fuertes entre la formulación y la implantación de políticas: la política, en definitiva, es la que establece limitaciones e indica, al mismo tiempo, qué se pretende optimizar (Metcalfe y Richards, 1996; Metcalfe, 1996). Procesos dinámicos de modernización política son la fuerza determinante para modernizar la gestión pública, confiriéndole una fortaleza institucional que impida que los cambios degeneren en letra muerta en manos de la burocracia.

Las dificultades para establecer metas y para medir la eficiencia y eficacia del sector público con criterios de costo, calidad y tiempo, no constituyen simples obstáculos, sino que tienen relación con condiciones específicas constitutivas del Estado, entre las cuales cabe considerar: la complejidad de objetivos de las políticas y la contraposición de intereses propia de la democracia; la limitación del Poder Ejecutivo en el marco del Estado de derecho y de la división de poderes; la relación que existe entre las tareas redistributivas y los rasgos de la economía; el horizonte temporal de los gobiernos determinado por la competencia partidaria y por las legislaturas (Naschold, 1995, pp. 12 y 13).

La reforma del sector salud en Costa Rica , que ha involucrado tanto al Poder Ejecutivo como al Poder Legislativo y a las autoridades del Ministerio de Salud y de la CCSS, cuando se observa en el horizonte temporal de los gobiernos, evidencia una importante continuidad a lo largo de diferentes etapas, con efectos favorables para la reforma de gestión de la CCSS.

Diversos factores políticos han posibilitado una razonable continuidad y maduración de la reforma de la CCSS y, con ello, de la de su gestión. Hay que destacar en la presente década que el proyecto de modernización de la CCSS se inició en la administración Calderón Fournier, y fue aprobado con la unanimidad de los partidos políticos mayoritarios. También contribuyó a la continuidad que el equipo técnico que estuvo entonces a cargo del diseño de la reforma de la CCSS pasó en la administración Figueres Olsen a ocupar puestos estratégicos de autoridad, incluyendo la Presidencia Ejecutiva. En ese período se logró un acuerdo definitivo sobre el deslindamiento efectivo de funciones entre el Ministerio de Salud y la CCSS e internamente, respecto de la separación de funciones y el nuevo diseño organizativo de la institución, lo cual sin embargo no se tradujo en una reasignación clara de tareas y de personal. En la administración Rodríguez, por su parte, se da un salto cualitativo con el fortalecimiento legal de los compromisos de gestión, aunque se advierten zigzagueos en la conformación del diseño organizativo de la CCSS, que razagan la consolidación definitiva del comprador.

2. La fortaleza jurídica del cuasimercado

La fortaleza del marco legal de los contratos y mercados es fundamental ya que determina, entre otros aspectos, la posibilidad de sanciones efectivas en caso de incumplimiento, las formas de resolución de conflictos dentro del mercado; el rango de las autoridades

involucradas en el cuasimercado; los mecanismos previstos para enfrentar el carácter incompleto e imprecisiones del contrato y para resolver disputas (Walsh, 1995).

El Servicio Nacional de Salud británico, por ejemplo, es un mercado interno que opera en realidad con cuasicontratos: al no poder establecer una organización contratos consigo misma, no se dispone de los mecanismos normales legales para enfrentar tales aspectos, y tampoco sus contratos han creado nuevos derechos para los ciudadanos. Al no existir una ley específica que rija los contratos del sector público, se argumenta sobre la necesidad de reconocer el carácter especial de los contratos del sector público mediante una ley de contrato público. Ha habido limitaciones para sancionar a los ineficientes. Por el contrario, en Nueva Zelandia las metas de desempeño de las autoridades a cargo de las agencias se especifican en contratos que tienen fuerza legal (Walsh, 1995, pp. 160, 188, 219; Ferlie et.al., 1996, p.162))

Como se vió, los contratos de gestión de la CCSS tuvieron un asidero legal cuando fueron aprobados por la Junta Directiva de la institución. Pero se trataba, en términos jurídicos, de "cuasicontratos", ya que los hospitales y las clínicas no gozaban de una personalidad jurídica propia.

Para fortalecer el marco legal de los contratos se ha dado recientemente un paso crucial con la "Ley de desconcentración de los hospitales y las clínicas de la CCSS", que convierte precisamente al compromiso de gestión en el instrumento articulador de la desconcentración de los hospitales y las clínicas, al estipular que mediante su suscripción la Caja podrá organizar los hospitales y las clínicas como órganos desconcentrados.

La ley dota de personalidad jurídica a los entes involucrados mediante la "personalidad jurídica instrumental", figura más fuerte que la que tendría un ente desconcentrado pero menor que una entidad descentralizada ya que se ejerce estrictamente en los campos determinados por la ley. Y precisamente el compromiso de gestión cumple también un papel delimitador de tal ámbito, ya que los hospitales y clínicas gozan de esta personalidad jurídica instrumental para el "manejo presupuestario, la contratación administrativa, la conducción y la organización de los recursos humanos dentro de las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión".

Por otra parte, le ley determina que el ejercicio de tales competencias está sujeto a la suscripción y vigencia del compromiso de gestión. También que las entidades serán administradas por el Director, que deberá actuar conforme a los objetivos y obligaciones señalados en el compromiso de gestión, los reglamentos generales y los lineamientos de política que emita la CCSS.

Quedan, sin embargo, pendientes temas fundamentales para consolidar un marco jurídico coherente con las nuevas formas de evaluación del desempeño en lo que respecta a recursos humanos. En ese sentido, debieran modificarse los estatutos de los servicios médicos y de los servicios médicos de enfermería que rigen a los profesionales en sus colegiaturas y que determinan su reclutamiento y evaluación mediante el sistema del Servicio civil.[15]

---

[15] Fundación de la Universidad de Costa Rica para la investigación (1998) "Estudio de las principales normas de administración del recurso humano de la CCSS con base en el ordenamiento jurídico vigente, para determinar

La regulación de las profesiones mediante tales estatutos obstaculiza su gestión en el seno de la CCSS. Por ejemplo, el estatuto respectivo determina que la supervisión del personal de enfermería deba ser ejercida exclusivamente por profesionales de esa disciplina. O bien, que el personal auxiliar en los consultorios comunales debe ser supervisado por personal de enfermería. Los efectos de tales rigideces se muestran con gran claridad, por ejemplo, en circunstancias extremas como cuando en los equipos básicos de atención en salud (EBAIS), que no contemplan como personal a esos profesionales, se originan conflictos de supervisión entre los gremios de profesionales en medicina, que manifiestan que el personal auxiliar labora directamente con ellos, y los profesionales en enfermería. La rigidez de los estatutos dificulta el desarrollo efectivo de las tareas y promueve una actitud gremialista de los funcionarios;[16] los profesionales de enfermería parecen ser más apegados a su cumplimiento que los médicos (Ortiz y Sequeira, 1998, p. 99 y 100).

3. La estructura organizativa del cuasimercado

La estructura regulatoria del cuasimercado determina, entre otros aspectos: la tensión entre operación de procesos de mercado y control jerárquico; grados de independencia del proveedor y del comprador; organizaciones a cargo de la regulación y la inspección; papel del gobierno central y de los Ministerios y de otras entidades.

Cuando la reforma de gestión se orienta a separar funciones públicas, es básico que exista un acuerdo previo sobre la morfología sectorial e interorganizativa en la cual se inserta la distinción. En Costa Rica, los compromisos se introdujeron habiéndose logrado un efectivo deslinde de competencias entre el Ministerio de Salud y la CCSS que permitió superar un viejo conflicto: el Ministerio de Salud tiene asignada la función rectora del sector salud, en tanto que la CCSS tiene a su cargo actividades operativas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud y ha asumido las acciones de atención primaria que venían sido realizadas por el Ministerio.

En la CCSS, la distinción de funciones se efectúa especializándolas en su propio seno, sin crear entidades exógenas a cargo de alguna. Es un cuasimercado orientado hacia adentro y altamente regulado en términos internos por el comprador, ya que el centro tiene poderes de regulación, de fijación de reglas y de nombramiento de puestos claves.

Si bien la reforma puede denominarse "top-down", en cuanto a que la iniciativa provino del nivel central de la CCSS y fue sancionada por el Poder Legislativo, las evaluaciones de resultados evidencian la importancia de la negociación entre el poder comprador y los prestadores: los resultados son mayores cuando los compromisos han resultado de una negociación fuerte y no de una laxa, es decir, cuando las especificaciones y preferencias locales se traducen, al menos, en la negociación de metas.

---

su congruencia y forma de adaptación al proceso de modernización institucional", San José de Costa Rica, citado por Ortiz y Sequeira, 1998, pp. 36 y 37.

[16] Las autoras fundamentan sus afirmaciones en entrevistas realizadas a personeros del Hospital San Juan de Dios, del área de salud de Barranca y del nivel central de la CCSS.

En la Caja se han dado diversos procesos de negociación. Por ejemplo, se realizaron reuniones con grupos clínicos para definir términos, criterios, variables, categorías y otros aspectos relacionados con la producción hospitalaria tales como: definición del programa cirugía mayor ambulatoria, de consultas especializadas de primera vez, de los procedimientos especiales ambulatorios, de las atenciones con observación en los servicios de urgencia; redefinición y reubicación de categoría medicina de día; problemas de estándares en ginecología y obstetricia.

Por su parte, el mayor flujo de información y el mayor grado de coordinación y de participación parecen incidir positivamente en los logros del compromiso, de acuerdo con las evaluaciones. Ello es importante de tomar en cuenta para consolidar un nuevo marco institucional de normas y relaciones continuas y eficientes en función del compromiso, que posibiliten superar prejuicios, cambiar culturas y patrones de operación, y obtener una adhesión a las nuevas reglas del juego. Dado que un sistema contractual no está basado totalmente en sí mismo, son necesarias relaciones de confianza, que sean adecuadas desde el punto de vista social y técnico y que, situadas en un marco claro de sanciones, limiten los costos de transacción que implican bregar con las relaciones de unos con otros en las organizaciones en cuanto a la necesidad de monitoreo (Walsh, 1995, pp.49 y 114).

En ese cuasimercado, el grado de concentración de la función compradora es monopsónico, ya que no se establecen micro o mesocompradores. A diferencia de este poder, la función prestadora se desconcentra en una multiplicidad de entidades que están en manos de la CCSS y de las cooperativas (cuadro 1).

a) Organización de la función de compra

Los contratos plantean serias exigencias al ente comprador: capacidad para analizar necesidades y la efectividad de procedimientos; establecimiento de prioridades; capacidad para traducir prioridades en materia de política social que han sido formuladas gruesamente en especificaciones detalladas y en estándares de calidad; capacidad de especificación del producto y de monitoreo del desempeño; control de selección adversa por parte de proveedores, de mayor o menor relevancia según sea el mix público-privado.

Si bien, como se dijo, es un cuasimercado orientado hacia adentro y altamente regulado en términos internos por el comprador, implica fuertes negociaciones internas en el centro, ya que los acuerdos fundamentales son tomados en el marco de una Junta Directiva. Al menos inicialmente, no se contempla descentralizar la función compradora, en razón de los costos de transacción concomitantes, su escasa viabilidad, y la incertidumbre respecto de las mejoras institucionales que podría acarrear.

La Junta Directiva de la Caja, en sesión 7133 del 10 de junio de 1997, aprobó el marco conceptual de diseño organizativo de transformación del nivel central, a realizarse con los recursos humanos disponibles, que en lo medular plantea la separación de funciones y la relación contractual mediante el compromiso de gestión. En cuanto a la nueva estructura organizativa de la CCSS, de tres opciones consideradas, la Junta aprobó la llamada opción 2B, con observaciones de los directivos. Como se aprecia en los cuadros 5 y 6, la División administrativa y la División médica de la CCSS reúnen atribuciones esenciales.

Sin embargo, aún están pendientes en ese marco organizativo la reasignación de personal y de tareas necesaria para implementar vigorosamente el comprador. Por otra parte, las funciones y competencias que caben a la Gerencia de modernización, creada en 1998[17], dentro del nuevo diseño organizativo deben aún perfilarse con nitidez. Los razagos en la pasada y presente administración para reasignar personal y tareas parecen translucir el poder de las inercias y de los recelos en el nivel central de quienes resisten a la reforma en tanto la perciben como un debilitamiento, o bien la necesidad de lograr acuerdos políticos efectivos dentro de la CCSS que posibiliten reorganizar definitivamente el nivel central en razón de la reforma de gestión.

Las competencias del comprador se han ido articulando en la práctica. Para evaluar los compromisos se conformó una comisión evaluadora ad-hoc de las tres gerencias de la Caja. En la División administrativa se ha conformado un "grupo de compra", y los componentes de negociación y de evaluación se han visto fortalecidos. El protagonismo respecto de los compromisos que tuvo hasta mayo de 1998 el llamado Proyecto de modernización ha disminuído.

La orientación de la función de compra en términos de planificación es quizá, hasta ahora, el aspecto más débil. En cuanto a la capacidad para traducir prioridades en salud en especificaciones detalladas del producto y de su calidad, los compromisos deben ser situados en un horizonte temporal más amplio. La fijación de prioridades estará marcada en el año 2000 por el "Plan nacional de salud", a cargo del Ministerio como ente rector del sector y del "Plan de atención a las personas", que contemplará acciones de prevención, promoción y atención que se plantearán para un período de 5 a 7 años. De allí que el plan de compra deba también tener una temporalidad más amplia, con una estrategia anual, y que los proveedores también deban tener un plan maestro y un plan anual.[18]

Se puede advertir que la función de compra ha experimentado un desigual desarrollo: se avanzó más rápidamente en la evaluación y con más rezagos en el aspecto financiero. Por ejemplo, el análisis del contraste entre el presupuesto por producción y el presupuesto histórico, actividad que debía realizarse durante el primer año, no fue efectuada. O ha habido rezagos para proveer metodologías para efectuar los protocolos de atención. Los hospitales reclamaron inicialmente falta de asesoría y apoyo del nivel central, sobre todo en el área de informática, que se ha ido superando, y lentitud del comprador para resolver problemas o solicitudes que impiden cumplir con los contratos. Pero también se afirma que "se han sentido bien reflejados en el compromiso".[19]

Se ha avanzado en lograr ciertas competencias para el poder de compra, tales como el sistema de facturación a hospitales o el análisis de la producción hospitalaria en términos de grupos de diagnósticos relacionados e indicadores de consumo de estancias, que ha permitido conocer la complejidad efectiva de la casuística de los hospitales y la eficiencia de su gestión (CCSS,s.f.).

---

[17] La Gerencia de Modernización según nos planteó Rodolfo Piza en entrevista, op.cit., se creó con el fin de unir varios servicios que reunían financiamiento del Banco Mundial, del BID, del BCIE y del Crédito español y que estaban dispersos.

[18] Entrevista a René Escalante, op.cit.

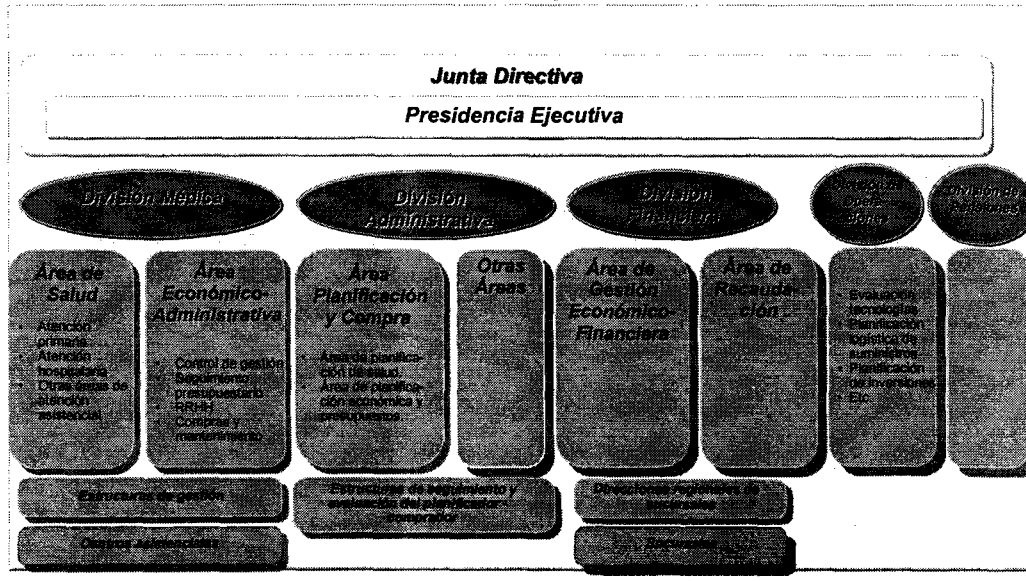
[19] Opinión de Manrique Soto Pacheco, entrevista citada.

Estructura Organizativa

Cuadro Nº 5

Estructura mixta funcional-con mayor orientación a producto-.

Esquema organizativo



Estructura

Cuadro Nº 6

Estructura mixta funcional con mayor orientación a producto,

Mapa de Áreas de Responsabilidad Básicas del segundo modelo

	Planificación de los servicios de salud	Compra de servicios de salud	Gestión/ administración de proveedor de servicios de salud
Dirección Administrativa	• Definición de modelos de atención de • Planificación estratégica por objetivos de (detección y priorización de salud). • Elaboración del • Evaluación de resultados de • Catálogo de servicios de salud y contenido prestacione • Control institucional del registro de cubierta. • Determinación y distribución de económicos: territorial, poblacional por tipo servicio y niveles • Planificación de la apertura de nuevos salud, hospitales, • Desarrollo • Comunicación del proceso de	• Acreditación de • Cartera de compra de • Determinación y distribución de económicos: territorial, poblacional por tipos servicio y niveles • Elaboración de • Establecimiento de directrices de presupuestari • Control de flujos de pacientes y listas de • Seguimiento/ evaluación satisfacción con los • Gestión de los flujos económico-internos y con los • Facturación de • Atención al	
División Médica	• Planificación estratégica del • Evaluación y asesoramiento sobre las mantenimiento de los • Evaluación de las propuestas de tecnológica • Elaboración de políticas de compras, distribución de • Planificación de la gestión de RRHH proveedor • Establecimiento de directrices y formación de personal asistencial, especialista • Planificación de formación del asistencial		• Selección y cese de los gerentes de las centros • Control de gestión de los centros • Análisis periódico, junto a los las EG's, del grado de cumplimentación contrato y de las políticas correctoras a • Coordinación y gestión de asistenciale • Soporte técnico para la elaboración de los estratégicos de los niveles • Soporte técnico para la administración interna de los • Soporte técnico para la gestión financiera centros • Gestión de Recursos • Gestión de Compras y • Gestión de sistemas de información gerenciale • Organización y ejecución de formación.
Div. Oper.	• Dirección y coordinación técnica de • Establecimiento de estándares de calidad, salud. • Evaluación y autorización de dispositivos • Planificación de sistemas de corporativos		

b) La organización del proveedor

El lugar de residencia es determinante para que el usuario sea asignado a un prestador, marco en el cual, por otra parte, los compromisos pretenden optimizar el sistema de referencias y contrareferencias: el usuario no puede elegir el área o el hospital en que quiere atenderse, de acuerdo a la opinión que de ellos tuviera, o facultad de elegir el médico dentro del área u hospital asignado. Sin embargo, se tiene previsto habilitar la libre elección de hospitales en el tercer nivel, mientras que los otros dos niveles mantendrán sus áreas de adscripción.[20]

Como se vió, con la nueva ley de desconcentración, los hospitales y clínicas gozan de una personalidad instrumental para el manejo presupuestario, la contratación administrativa, la conducción y la organización de los recursos humanos, dentro de las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión.

La autonomía de gestión de los recursos efectiva por parte de las agencias de la CCSS, sean los hospitales o las áreas de salud, es aún restringida. Se había relajado el control sobre los insumos, es decir, respecto del uso de los recursos y la asignación a items específicos de gasto: el compromiso contiene una claúsula que simplificaba el procedimiento requerido para modificaciones presupuestarias internas, que tradicionalmente debían ser aprobadas por la Junta Directiva de la CCSS con autorización de la Contraloría General de la República, lo cual impedía una pronta respuesta a esas necesidades. En cuanto a la contratación de bienes y servicios, ha tenido lugar una desconcentración, y a algunas áreas de salud se les ha permitido compras a terceros, medida cuya eficiencia y eficacia aún no ha sido evaluada.

La evaluación de los compromisos ha mostrado que los éxitos, fracasos o obstáculos en su cumplimiento tienen relación con importantes aspectos de la organización que han adoptado los prestadores al contraerlos. Entre los factores que condicionan los logros se destacan: capacitación de los directores y administradores en temas de gestión; rango del personal asignado como contraparte y su actitud ante el cambio; nombramiento de responsables de la ejecución del contrato; grado de conocimiento de las jefaturas y del equipo evaluador respecto de los compromisos; formas de organización del trabajo: por ej. coordinación interna de los servicios como factor positivo vs. atomización; integración de equipos de trabajo ad-hoc para ciertas tareas; adhesión funcionaria a la innovación; participación real del trabajador en el mejoramiento de los procesos diarios; formación de equipos de apoyo al proceso; uso de la información a lo largo del proceso; difusión de las metas y avances de los contratos; capacitación de equipos de mejoramiento continuo de la calidad. Se considera que para motivar a los médicos y lograr su participación activa debe darse una comunicación estrecha de parte de la dirección y del equipo de apoyo a los compromisos.

Los contratos han afectado las complejas relaciones de poder, formales e informales, dentro de las unidades prestadoras de servicios. Hay que tener presente que tradicionalmente en el caso de los hospitales la autonomía funcionaria incluso ha acarreado problemas de gobernabilidad interna y que en los hospitales nacionales la existencia de

---

[20] Entrevista citada a René Escalante.

nichos políticos partidistas ha dificultado el trabajo organizativo conjunto.[21] En tal contexto, los directores perciben los compromisos como un instrumento mediante el cual pueden presionar al hospital para elevar el rendimiento.[22]

Pero no resulta sencillo, sin embargo, trasladar las responsabilidades del compromiso a las jefaturas médicas, debido a la rapidez asociada al cambio, a la limitada capacidad gerencial existente, y al efecto de las resistencias funcionarias. Y una tarea pendiente, en esos términos, es fortalecer a los directores de hospital ante sus jefaturas.[23] De allí que en 1998 los compromisos exigieran a los hospitales establecer acuerdos internos entre la Dirección y las jefaturas de los servicios, considerando jefaturas de sección y servicios de apoyo, y constituir un Consejo de dirección a cargo de velar por su ejecución.

4. Asimetrías y calidad de la información

La relación de principal-agente que se da en el marco de los compromisos de gestión de este cuasimercado implica enfrentar un problema inherente a esta relación: las situaciones de información asimétrica. De allí que se exige al agente la revelación de la información verdadera relativa a sus características y sus preferencias, y que el problema del principal consiste en buscar unos términos del contrato que le permitan reapropiarse la información al menor costo, incitando al agente a revelar la información verdadera (Béjean, 1994, pp. 171 y 172).

Con otras palabras, en el desarrollo de cuasimercados es fundamental superar las asimetrías de información entre el comprador y el proveedor, lo cual evidencia, a su vez, la pertinencia de establecer incentivos a los proveedores para que faciliten o entreguen la información adecuada. al comprador, así, estará protegido de comportamientos oportunistas de los proveedores y contará con mejores elementos para establecer los contratos (Le Grand y Bartlett, 1993, p. 209).

En este contexto destaca nuevamente la relevancia de los procesos. En el caso de la CCSS, tiene importancia el uso de los expedientes médicos y de protocolos clínicos, que tienen sendas implicaciones para la calidad de la atención, pero que en este contexto pueden ser analizados como formas de apropiación de información por parte del principal -el poder comprador- y que, además, puede ser controlada ex-post. También la vigencia de estos procesos sirve como flujo de información sobre cómo mejorar la eficiencia, elemento que ha sido señalado como una de las condiciones cruciales para un funcionamiento efectivo del cuasimercado (Walsh, 1995, p.163). Se hacen así evidentes los propósitos y dimensiones múltiples que puede tener un instrumento.

La evaluación de los compromisos de gestión en 1997 reveló cuán endeble era el punto de partida respecto de la información: la calidad de la información requerida para la medición de la producción hospitalaria, junto con otros elementos, impedió efectuarla

---

21 Antecedente planteado en entrevista conjunta a James Cercone, Norma Ayala, Rodrigo Bartels y Mario León, funcionarios del Proyecto de modernización de la CCSS, 29.8.1997.

22 Entrevista con Manrique Soto, op. cit.

23 Entrevista con L.B. Sáenz, op.cit.

satisfactoriamente, con lo cual el modelo de análisis de la producción adquirió un carácter experimental. El comportamiento oportunista de los proveedores se reveló, por ejemplo, en 1997 en un excesivo aumento de las "consultas por primera vez" respecto de las consultas subsecuentes, hecho atribuible a la ponderación de las atenciones en los valores UPH.

En cuanto a los registros de actividad, los obstáculos principales detectados para medir la producción eran: falta de verificación, respaldo y validación de los datos; información no oportuna, al estar desfasada de la medición de metas; disímiles criterios de registro, consolidación y formato de la información; sistemas de reporte al nivel central heterogéneos. En la CCSS el resguardo mayor en esos términos, tanto respecto de los hospitales como de las áreas de salud, ha sido establecer que "lo que no se registra, no existe".

Como vemos, las fallas se relacionan tanto con la calidad de la información y la gestión tradicional, como con el hecho de que los compromisos aceptaron inicialmente la heterogeneidad de información y de registro. Para avanzar en el último sentido se ha trabajado en un sistema nacional de información que permita, con una plataforma informática común, compatibilizar los sistemas usados en cada uno de los hospitales.

El esfuerzo de medición de la producción ha evidenciado verdaderas tradiciones de la cultura institucional. Por ejemplo, únicamente el registro de egresos hospitalarios, que cuenta con una fuerte arraigo, se exceptúa de las carencias señaladas. Por el contrario, en las áreas de atención ambulatoria o de urgencias, la información ni se validaba ni se verificaba.

5. El desempeño funcionario

En este cuasimercado tienen una presencia preponderante las profesiones médica y de personal paramédico, que determinan estrechamente la propia naturaleza de los servicios provistos. En el sector salud tradicionalmente han estado fuertemente imbricadas la jerarquía y la profesión, lo cual ha originado sistema de carreras y de valores que han implicado un gran control por parte de los proveedores y gran aceptación de valores profesionales y de ortodoxias, elementos todos que dificultan especificar y controlar sus servicios (Walsh, 1995, p.14). Por ejemplo, el personal médico incide fuertemente en las decisiones relativas al uso de los otros factores de la producción clínica: la asignación de recursos en un hospital están fuertemente determinadas por decisiones iniciadas por los médicos. Sin embargo, la responsabilidad financiera frente a tales elecciones no es asumida por este grupo de actores o por los administradores, particularmente cuando sus modalidades de remuneración son independientes del desempeño de la institución (Béjean, 1994, p.60).

Los nuevos sistemas de incentivos modifican la manera en que se cristalizan su poder y su margen de maniobra. Por ejemplo, criterios de eficiencia y equidad deben impedir que las agendas médicas constituyan una suerte de "mercado cautivo" en manos de los especialistas, que originan barreras de acceso y largas listas de espera cuando no hay una escasez efectiva. O la autoregulación médica se modifica al establecer nuevos procesos como los protocolos clínicos.

No tienen sentido estrategias de confrontación. Por ejemplo, el personal médico dispone de una independencia respecto de los administradores o gerentes debido al monopolio que tiene sobre la información médica y por su discernimiento profesional, o por el poder que ejerce respecto del personal paramédico, que no puede subestimarse (Béjean, 1994, p. 222). También las dificultades asociadas a la medición del desempeño en productos complejos hablan a favor de un acercamiento cooperativo, más que basado en castigos o sanciones (Walsh, 1995, p.114).

De allí que sea fundamental el diálogo con las profesiones: se trata precisamente de nutrirse del juicio y del discernimiento profesional, en aras de una transformación que permita mejorar la calidad y eficacia de las prestaciones públicas. En cuanto a las organizaciones gremiales y sindicales, cabe destacar su papel central en el diálogo, y la importancia de que gremios y sindicatos no defiendan prácticas de gestión tales como la ausencia de evaluación del desempeño.

A tal fin, es crucial el marco institucional de normas y relaciones que trascienden el indispensable marco legal: cifrar la realización del contrato estrictamente en éste resulta lento, inflexible y caro. Las relaciones continuas y eficientes requieren relaciones de confianza, adecuadas desde el punto de vista social, técnico y legal, y se trata de acotar los costos de transacción con una estructura de incentivos positivos. Pero el desarrollo de la confianza se basa en procesos de reclutamiento y de selección, en el desarrollo de una cultura y de valores, en la naturaleza de las carreras en la organización y en la disponibilidad de sanciones, en la importancia que tenga la reputación (Walsh, 1995, pp.42, 49, 51, 114).

En aras, tanto de crear las bases para las relaciones de confianza de un nuevo modelo de gestión como de poder realizar un adecuado monitoreo del desempeño funcionario, es perentorio modificar los procesos de reclutamiento y de selección de personal y las regulaciones sobre su permanencia que están vigentes en la CCSS. La estabilidad funcionaria ajena al rendimiento, la carrera funcionaria condicionada por la antigüedad y no por el mérito, el pacto de atender de 4-5 pacientes por hora, los tortuosos procesos para cesar a un funcionario[24], la imposibilidad de elección médica por parte de los pacientes, configuran una tenaza que impide modificar a cabalidad esta situación y que, en general, dificulta modernizar la gestión de los recursos humanos de la CCSS. En ese sentido, la rigidez de las contrataciones es un elemento crucial que puede obstaculizar la innovación de la gestión.

Para cumplir con los objetivos, utilizar óptimamente los recursos, y comprometer a los funcionarios con su trabajo es necesario continuar asignando y determinando responsabilidades individuales en el proceso de generación del producto. Nuevos sistemas de remuneraciones, con componentes flexibles e incentivos deben facilitar el vincular remuneraciones al desempeño y a la calidad de la prestación, es decir a productividad y resultados: no solo la antigüedad, sino los méritos laborales, la calidad del desempeño, las características de la tarea, la capacitación y la experiencia serán elementos sustantivos de

[24] "Se deben simplificar a nivel nacional las posibilidades de cesar a funcionarios. Actualmente, existen como pasos el debido proceso, la apelación, la comisión local, la comisión central de relaciones laborales y es aquí donde está el cuello de botella: se requiere entonces de un proyecto de ley para regular este aspecto y se debe tratar de unificar la forma de contratación para los diversos sectores". Esos son algunos retos señalados por el Dr. Elías Jiménez, Director general del Hospital Nacional de Niños, en entrevista 5.2.1998.

la carrera funcionaria. Deben ampliarse los márgenes locales de flexibilidad de contratación, para facilitar el desarrollo de los planes de trabajo de los servicios y establecimientos.

Debe modificarse, por tanto, la racionalidad de la entrada y permanencia en el servicio público[25]: promover el acceso a los cargos de planta por concurso; evaluar la carrera funcionaria para la promoción y las remuneraciones; simplificar las posibilidades de cesar funcionarios, unificar las formas de contratación. Los ahorros en eficiencia y productividad pueden contribuir a una mejora de las remuneraciones, asentada en los nuevos criterios. Se tendrá que velar por la presencia equilibrada en todas las localidades de los recursos humanos necesarios, en aras de la equidad.

6. Usuario y participación social

A pesar de todas las asimetrías de información que sufren los usuarios, su voz constituye una retroalimentación indispensable, en tanto fuente de información sobre la provisión del producto, en tanto presión externa hacia el proveedor y como emisor de señales que ayuden a pactar precios en el cuasimercado.

De allí la relevancia de recibir, procesar y responder de manera expedita y adecuada las opiniones y reclamos de usuarios que se recaban en el marco de los compromisos y de otros medios. Pero desde el punto de vista de la función pública, ello es insuficiente, ya que deben trascenderse las soluciones puntuales: el reto es dar a la queja y a la consulta una articulación estratégica y oportuna, para detectar "cuellos de botella" estructurales y prácticas institucionales tales como procesos y procedimientos inadecuados (Garnier y Mora, 1998, p. 71).

Consolidar logros en cuanto a la oportunidad de la atención —por ejemplo en colas y listas de espera— permitiría sin duda una adhesión ciudadana a los compromisos, positiva como apoyo externo a la reforma de gestión.

Se requiere una perspectiva nueva respecto de la sociedad civil, en tanto articulación del usuario, que no tiene sentido como una práctica paternalista sino en torno a su capacidad e interés efectivo, por ejemplo, en la participación comunitaria.

Las Juntas de salud abren espacio a esta participación. La ley de desconcentración de los hospitales y las clínicas de la CCSS creó las Juntas de salud, constituídas por siete miembros: dos representantes patronales, tres asegurados de la zona de atracción del centro de salud que no sean empleados de éste, dos representantes de las asociaciones pro-hospitales o pro-clínicas. Estas tienen entre sus potestades respecto de los hospitales o

[25] La inflexibilidad de las contrataciones es, sin duda, un elemento crucial que puede obstaculizar la innovación de la gestión. En Chile, los sectores afectados han impedido hasta ahora beligerantemente modificar la ley No. 15 076 que rige las modalidades de contratación y remuneración de los profesionales de los servicios de salud. Así, se vió relegado un novedoso proyecto de ley que en 1995 pretendía flexibilizar y descentralizar significativamente la conformación de las plantas; sumar a la antigüedad de la carrera funcionaria el reconocimiento del desempeño, del mérito y de la eficacia; promover la asignación de responsabilidades individuales, y entrelazar el reconocimiento del desempeño individual con el institucional; condicionar a concursos la permanencia en el sistema (Sojo, 1996).

clínicas: velar por la ejecución correcta del presupuesto; emitir criterio sobre los compromisos de gestión; sobre los candidatos a Director del establecimiento; participar en la definición de prioridades y políticas generales en materia de inversión, contratación administrativa y de promoción e incentivos para los trabajadores. En el caso de los hospitales, serán fundamentales la Juntas hospitalarias

BIBLIOGRAFÍA

Bartlett, Will y Julian Le Grand (1993), "The Theory of Quasimarkets", en Le Grand Julian y Will Bartlett, *Quasimarkets and Social Policy*, The Macmillan Press, Londres.

Béjean, Sophie (1994), *Économie du système de santé. Du marché à l'organisation*, ECONOMICA, Paris

Bengoa, Rafael (1997), "Tendencias recientes y reformas de los sistemas de salud: mercados internos, competencia gestionada y los sistemas integrados de salud", ponencia en Memoria de Seminario sobre reforma del sector salud en Costa Rica, su viabilidad política y sostenibilidad financiera, organizado por Instituto de desarrollo económico del Banco Mundial, Ministerio de Salud de Costa Rica y Caja Costarricense e Seguro Social, San José de Costa Rica, mimeo.

Costa Rica República de, Asamblea Legislativa (1999), *Ley de desconcentración de los hospitales y las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social*, San José de Costa Rica, mimeo

Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social (1996a), "Compromiso de gestión Hospital William Allen y Area de salud Turrialba-Jiménez. Año 1997", diciembre, San José de Costa Rica

_____ (1996b), "Compromiso de gestión CCSS, Area de salud de Chacarita. Año 1997", diciembre, San José de Costa Rica.

_____ (1996c), "Compromiso de gestión Hospital México. Año 1997", diciembre, San José de Costa Rica.

_____ (1997a), Proyecto de modernización (1997a), *Hacia un nuevo sistema de asignación de recursos*, marzo, San José de Costa Rica.

_____ (1997b), "Compromiso de gestión Hospital Nacional San Juan de Dios, 1998", San José de Costa Rica.

_____ (1997c), "Compromiso de gestión Area de salud de Coronado, 1998", San José de Costa Rica.

_____ (1998a), "Compromiso de gestión Hospital Nacional San Juan de Dios, 1999", San José de Costa Rica.

_____ (1998b), "Compromiso de gestión Area de salud de Coronado, 1999", San José de Costa Rica.

Costa Rica, CCSS (s.f.) Información biomédica,"Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnóstico relacionados. Tercer informe: análisis nacional comparativo de 1990, 1995, 1996 y 1997", mimeo

Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional (1998), *Gobernando en tiempos de cambio. La Administración Figueres Olsen*, abril, San José de Costa Rica.

Ferlie, Ewan, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald y Andrew Pettigrew (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.

Gadrey, Jean (1996), *Services: la productivité en question*, Desclée de Brouwer, Paris.

Garnier, Leonardo y Mario Mora (1998), "Compromisos de resultado en el sector social. Su aplicación en Costa Rica", mimeo, agosto.

GTSS (Grupo de trabajo sobre el sector salud) (1997), Actas de Seminario-Taller "Hacia un política de Estado en salud", Facultad de medicina, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, julio, mimeo, San José.

Güendel, Ludwig (1997), "Gestión de la reforma de las políticas de salud: entre la sostenibilidad y el estancamiento", en UNICEF, *Costa Rica. Las políticas de salud en el umbral de la reforma*, Serie de Políticas Sociales No. 1, San José de Costa Rica.

INVERTEC (1998), "Propuesta de consultoría. Sistema de incentivos por desempeño. Proyecto de reforma en salud", mimeo, enero.

Metcalfe, Les y Sue Richards, "Desarrollando el concepto de management público" en *La modernización de la gestión pública*, Instituto Nacional de la Administración Pública, Madrid, pp.312-328.

Metcalfe, Les (1996), "Gestión pública: de la imitación a la innovación" en Quim Brugué y Joan Subirats, *Lecturas de gestión pública*, MAP, Madrid

Naschold, Frieder (1995), *Ergebnissteuerung, Wettbewerb, Qualitätspolitik. Entwicklungspfade des öffentlichen Sektors in Europa*, Modernisierung des öffentlichen Sektors/Sonderband 1, Edition Sigma, Berlin.

Ortiz Karen y Sonia Sequeira (1998), *Análisis de los compromisos de gestión como instrumentos facilitadores del cambio organizacional en la Caja Costarricense del Seguro Social*, Trabajo final de graduación para optar por el grado de Maestría profesional de salud pública.Mención gerencia en salud, Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, diciembre

Sojo, Ana (1996), "Posibilidades y límites de la reforma en la gestión en la salud en Chile", *Revista de la CEPAL*, No.59, agosto, Santiago de Chile.

_____ (1997), "La reforma finisecular del sector salud en América Latina y el Caribe: su derrotero e instrumentos", en UNICEF, *Costa Rica. Las políticas de salud en el umbral de la reforma*, Serie de Políticas Sociales No. 1, San José de Costa Rica, pp. 35-66.

_____ (1998), "Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa", *Revista de la CEPAL,* No. 66, diciembre, Santiago de Chile

Walsh, Kieron (1995), *Public Services and Market Mechanisms*, Macmillan Press/Public Policy and Politics, England

LESSONS LEARNED AND BEST PRACTICES IN IDB PROGRAMS THAT SUPPORT DESCENTRALIZATION

Margaret Goodman[1]
Evaluation Office - EVO

I. WHAT DO WE EXPECT FROM DECENTRALIZATION?

A. Purpose

This document is the summary report of nine case studies, reviewed by the Evaluation Office (EVO) on the Decentralization movement taking place in many of the IDB's member countries. It pulls together the lessons learned from a broad range of programs in decentralization and seeks answers to how the Bank and its members are responding to various issues in decentralization. Among these are:

- What is the proper division of overall responsibilities between the central government and sub-national entities?

- In terms of the health sector, what is the proper division of responsibilities between the central ministry and sub-national health providers?

- How should revenue be shared to ensure that financing is sufficient to meet responsibilities at all levels?

- In terms of the health sector, how should budgets be shared between provider levels to ensure adequate service delivery?

- How should investment planning be conducted at the various governmental levels to ensure both national cohesiveness and sensitivity to local needs?

- How should important operational issues, such as maintenance and human resource development be handled in a decentralized context?

- What measures can be taken to ensure that institutions at all levels of government are sufficiently developed to carry out their responsibilities?

- How can decentralization be used to improve equity within different levels of government activities?

- How can decentralization be used to increase political participation at different government levels?

[1] The opinions presented in this document are the author's opinions and do not necessarily reflect the opinion of the BID nor the opinion of its authorities.

The nine Studies include:

- ***four Studies*: *Brazil, Jamaica, Mexico, and Guatemala*** which specifically review decentralization in one sector - ***health*** - in order to view different options taken,

- ***two Studies*: *Bolivia and Chile***, which focus primarily upon IDB supported projects for regional development , and

- ***three studies*: *Bolivia, Mexico, and Chile***, which focus upon the progress and implementation of decentralization reforms.

B. Methodology

In preparing the case studies, 1-2 week missions were made to the countries, where visits to projects were made. In addition, interviews were held with executing agency staff, planning and finance agency personnel, and staff at other relevant ministries involved in the decentralization process. Where possible, visits to community organizations and talks with local residents to help measure the impact of decentralization were held. Interviews with IDB staff and other MDB organizations involved in decentralization were also conducted.

The GtZ (German Technical Cooperation Agency) actively participated in the evaluations of the Mexican Health Services Upgrading Program (Loan 202/IC-ME and 788/SF-ME) and the Guatemalan decentralization study (Loans 890/OC-GU and 891/OC-GU). EVO wishes to thank them for their support.

In addition, relevant IDB documents, including project reports, monitoring reports, and project completion reports were read. Finally, relevant academic books and articles were read. The case studies were produced separately and each was reviewed by the Evaluation Coordinating Group, whose comments were incorporated into each text, before final publication.

C. Overview of the Case Study Projects

The majority of the IDB projects examined in the case country studies have supported the planning or implementation of decentralization reforms at both the central and local levels. (See Table 1, page 4 - Decentralization: The Case Studies). As a group, these projects fall into two major categories:

- ***Projects which have combined support for Regional or Municipal Development Funds*** with activities designed to strengthen local managerial and technical capacities and/or to assist central governments to make the transition towards more decentralized forms of governance, and

- ***Projects comprising a set of activities designed to Upgrade Health Services*** or support Health Sector Reforms in which decentralization played or emerged to play a key role:

The projects differ in terms of scope, depth and focus. First, the projects reflect the time period in which they were designed, a period which ranges from the mid-1980s to the late 1990s. For example, the IDB's *Mexican Health Upgrading Program* began in the mid-1980s, while the *Jamaican Health Sector Reform Project* was approved in 1997. In the decade or more between these two projects, not only have decentralization processes in the case countries evolved, but so too has the IDB's mandate. In comparison with previous mandates, for example, the Eighth Replenishment places considerably more emphasis upon addressing social needs, equity and poverty reduction.

The sectors involved in the decentralization process have also shaped the content of the projects studied. The two **Bolivian** case studies focus most specifically on the emerging role of local governments and communities in service delivery and infrastructure. The **Mexican** studies examine health care reforms and the decentralization of responsibilities for infrastructure and services. In **Guatemala and Jamaica**, the focus was on health sector reforms and the role of decentralization within these reforms. In fact, sectoral decentralization processes can vary even within countries as a result of several factors, including differences in the capacities, resources and political will of the actors and institutions involved in the process.

In addition, the pace of the reform efforts has influenced the design, execution and results of the IDB's projects. And, consideration must be made of the role of other national and international activities in shaping the content of country decentralization efforts. In Jamaica, for example, the IDB's role in health sector decentralization has grown significantly over the past decade, but other major donors contributed substantially to earlier efforts.

D. Why should the IDB specifically address Decentralization?

Decentralization is growing as a development issue largely as a result of the fact that by 1996, sixty-three of some seventy-five developing countries with more than 5 million people claimed to have begun transferring powers to local governments (OECD/DAC, 1996). Within the Latin American and Caribbean (LAC) Region, local governments have risen in importance across the economic, fiscal, governance, and social spheres. On average, for example, local LAC governments are now responsible for about 20% of total government spending. Behind the averages sub-national performance can be much higher. By 1995, Bolivia's departments and municipalities were expected to be responsible for 75% of all public investments, while by 1992, Brazilian states and municipalities were responsible for 43% of total public social expenditures.[2]

In terms of governance, there have been significant changes over the past two decades. Whereas in the early 1980s, mayors were directly elected in only three countries, today they are directly elected in seventeen countries and appointed by publicly elected officials in six others. Decentralization reforms are also affording citizens and communities new channels for voicing their demands, participating in local decision-making and seeking accountability from governments. These channels have evolved in tandem with the assumption by local governments of greater responsibilities for services like education,

[2] **Sources:** IDB (1997a:5), IDB-EVO: WP-5/97; WP-9/97

health care, roads and water supply. In the health sector, for example, 91% of the region's countries (including Canada and the USA) had formulated reforms to decentralize authorities to local levels by 1997.[3]

The motives behind Decentralization have been multi-faceted. While some of the processes examined in this summary have long-standing roots, decentralization is also consistent with donor supported ***"second generation structural reforms"***. These reforms favour decentralization, state modernization, reforms in areas such as capital markets, and the encouragement of private sector and civil society participation (IDB/EVO, 1997b). Within this context, decentralization is often linked with a division of labour between government levels, with central governments responsible for policy, planning and regulation, and sub-national governments – and increasingly the civil and private sectors - assuming responsibilities for execution, service delivery and infrastructure.

Table 1: Decentralization - The Case Studies

Country	Case Study
Bolivia	PPR-1/97 - Loans 601/OC-BO. 846/SF-BO. PRODU RSA I The Global Program for Urban Development and Sanitation in Bolivia
	WP-5/97 Implementing Bolivia's Laws on Popular Participation and Administrative Decentralization: Progress and Challenges.
Brazil	WP-9/97 Decentralization in Health
Chile	PPR-5/96 - Loan 578/OC-CH Multiple Local Development Investment Program WP-9/96 - *Loan 578/OC-CH* Decentralization in Chile: A Strategy to Promote Efficiency in Capital Investment Financing for Social Services
Guatemala	PPR-1/98 - Loans 890/OC-GU, 891/OC-GU Decentralization in the Health Sector
Jamaica	*PPR-21/97* *Jamaica's Health Sector*
Mexico	PPR-05/97 - Loans 202/IC-ME, 788/SF-ME, Evaluation of the Mexican Health Services Upgrading Program
	WP-3/98 Decentralization in Mexico: Trends and Challenges at the Local Level

E. What is Decentralization?

Decentralization generally involves the redistribution of functions, authority and responsibilities between government levels. However, the term is a catch-all for a number of processes, all of which have different implications for policy, planning and service delivery, as well as for donor assistance. Decentralization can thus involve the:

deconcentration of central government offices;

delegation of executing responsibilities;

[3] **PAHO**: *Regional Meeting: "Decentralization, Health Systems and Sectoral Reform Processes" . Valdivia, March 17-20, 1997.*

devolution of decision-making and financing capacities to sub-national governments; and/or the privatization of government responsibilities (whereby transfers are to external rather than internal agents).

Typologies can simplify the complexities of decentralization, but decentralization involves more than a simple and discrete transfer of responsibilities.

All actors have something to gain or lose, while conditions can change such that modifications are required. As the GtZ puts it:

"Decentralization should be considered as a process of permanent negotiation involving various actors and their networks in a continuous search of an elusive balance between competing interests".

F. Why Decentralize?

In the case studies we examined, the reasons for decentralization varied from case to case. There are, in fact, many reasons for decentralizing. For example, a recent study on decentralization in Mexico and Nicaragua,(Gershberg, 1997)) is reasonably consistent with general theories when it stipulates the following four advantages to be gained:

Fiscal Efficiency: Using available resources to achieve desired results at the least costs. For instance, national governments can use leverage from fiscal transfers to stimulate economically efficient and/or socially beneficial behavior by sub-national governments. In addition, sub-national governments can set taxes and/or user fees in a more efficient and responsive manner with respect to the regional/local economy, households and other stakeholders. This may augment the public resource base.

Production Efficiency: Sub-national governments may choose input mixes and/or develop programs and policies more effectively than national governments. Sub-national governments may manage resources more efficiently than national governments by:

- reducing red tape,
- implementing more appropriate/effective personnel management, and
- accounting more to stakeholders regarding how funds are spent.

Allocative Efficiency: Sub-national governments know their constituents better than national governments and therefore provide services that more closely match citizen preferences. There may also be improved equity through more effective targeting of the poor population.

Democracy/Equity: If reforms allow true power sharing, then democratic political participation and/or political stability may be improved. In addition, if reforms improve service provision to disadvantaged groups, equity may improve despite regional disparities.

G. How Should Responsibilities be Allocated?

In the case studies we examined the appropriateness of the division of responsibilities. Although there is no set formula for allocating responsibilities, certain functions seem naturally to fit in certain jurisdictions. A recent study on decentralization in Mexico[4] contains an interesting analysis of functional allocation of responsibilities. Firstly, it says that:

> *"it would be illusory to try to attain a clear-cut decentralization in which each field would be allocated in its entirety to a specific level of government. It is normal for some fields to be shared, such as education and health care, since these services have both a national and local dimension; the challenge, then is to ensure that these different dimensions are apportioned coherently between the different levels".*

The Study goes on to say that in general:

Federal - Central - government should:

conserve, in addition to the traditional prerogatives of the central state, those public services having nationwide external effects and services in which economies of scale can be realized at the national level (energy, transport, environment), and

also retain the possibility of implementing policies aimed at correcting inequalities between territorial units or groups, whatever the sector involved.

Municipalities should have responsibility for:

local public policies in fields such as urban planning, housing and combating poverty

basic education and health care, depending on their resources and size.

States - mid-level - should:

Coordinate municipalities and their programs,

Manage or coordinate (if some of these services are already managed at the municipal level) services in the field of health, education, irrigation, and to some extent, the environment; and

Implement territorially-based anti-poverty programs to offset some of the differences between municipalities and forms of poverty that have a territorial dimension.

---

[4] OECD: "Decentralization and Local Infrastructure in Mexico: A New Public Policy for Development". Paris, France, 1998

H. Problems with Decentralization

Of course, the effects of decentralization can be the opposite of what is predicted. Instead of fiscal efficiency, where the national government uses fiscal transfers to stimulate economically or socially beneficial behavior by sub-national governments, national governments can use decentralization as a way of ***"dumping"*** functions which it does not have the money (or the inclination) to finance. Likewise, state and local governments may be loath to increase taxation for political and/or economic reasons, and so the overall financial base for public services may become less efficient, rather than more. Likewise, local government may lack appropriate personnel to carry out new functions, and may not know how to make government services more accountable to stakeholders. And, local elites may be even more entrenched then national elites, and thus decentralization may not serve either allocative efficiency or equity.

Although the IDB is developing policies and strategies for dealing with some of the issues cited above, it does not have a strategy to effectively deal with the complicated and multi-level problem horizon posed by decentralization.

I Report Framework

Chapter 2 of this report reviews the division of responsibilities and financing of decentralization, as is demonstrated in the case studies.

Chapter 3 reviews issues of investment planning, operational sustainability and institution building, as demonstrated in the case studies.

Chapter 4 looks at the issues of participation and equity as they appear in the case studies.

II. THE CASE STUDIES: DIVISION OF RESPONSIBILITIES, AND FINANCING ISSUES

A. Division of Responsibilities

Reviewing the various patterns of decentralization that have developed throughout the region, there exists a certain congruence between the division of responsibilities between governmental levels, whether the countries are unitary (i.e., Chile and Bolivia) or have a federal constitution, such as Mexico and Brazil. In fact, constitutional arrangements do not seem to influence the structure and functions of government, as much as other factors which will be discussed later. For example, in all of the countries studied, government is broken down into a central government and various mid-level structures, (states, provinces, departments, etc.,) and municipalities. In addition, sub-municipal organizations usually exist, such as communities, or interest-related groups.

As can be seen from the three countries cited in Table 2 (two Unitary governments: Chile and Bolivia); one federal government, Mexico, the central government previously played both a policy-making and a service delivery role. At this point in time, all three central governments are moving towards normative and regulatory roles and away from providing direct services. Additionally, in all three countries, the role of the intermediary government is rather ill-defined. In Bolivia and Chile, this level has traditionally been appointed by the central government and so has traditionally looked upwards for its mandate. Now, as municipalities are gaining more strength, this level is beginning to serve more as a buffer between the local and central governments. In Mexico, where the state level is constitutionally enshrined, the states have been somewhat active in social services, although political and financial constraints have kept state governments from starting programs that are directly at variance with the federal government. However, this may be changing as more political opposition is voted into office, and more pressures are exerted for different funding arrangements. Finally, municipalities in the three countries are moving towards more responsibilities in caring for social service infrastructure, although policy and even employment is controlled at the central, or at the state level.

The majority of the case study projects have addressed the relations between different government levels. Although these efforts have not always been conducted with equal force,[5] numerous ***'lessons learned'*** have emerged pertaining to the consequences of neglecting the interplay between government levels. These include cases where a chronic lack of regulatory capacities has contributed to significant variations in cost and quality as well as fragmentation at the local level (**Bolivia**).IDB efforts to strengthen central government have also faced numerous challenges. Project outcomes have been complicated by parallel public sector reforms which have dampened the effects of training programs because changed mandates have left trained personnel without the functions previously thought key to enhancing decentralization (**Jamaica, Bolivia**).

[5] In many of the projects examined, activities directed to Strengthening Central Government capacities have been much smaller than other components which typically focused on physical works.

Table 2: Division of Governmental Responsibilities: Bolivia, Chile and Mexico

Country	Federal/Central Government	State Government	Municipal Government
Chile	***Central Government has moved*** into a Normative Role: - Secretariat advises each region in different sectors. - Supervises Regions. -Social Service Ministries no longer provide services; rather, are regulatory and financial bodies responsible for evaluating programs and providing financial assistance.	***Regions coordinate development*** within their geographical area. - Supervise provision of services by Municipalities.	***Administer Social Services:*** - Operate all public education, under university level. - Also responsible for Water, Sewerage, Public Safety, etc.
Bolivia	***National government moving*** towards a planning and policy role. -In addition, the national government is working towards a more efficient bureaucracy through a wide range of Administrative and Control Systems.	***The Departmental level can:*** - Develop and execute projects in accordance with Departmental Social and Economic Plans; -Support Rural Electrification, Irrigation, Production, Environment, Tourism, and Social Assistance; -Strengthen Municipalities and Popular Participation; -Select Education and Health Personnel, and -Cofinance Municipal Investments.	***Responsibilities for:*** -Construction, Equipment, Maintenance and Operation of Infrastructure related to Health, Education, Culture, Sports, Neighborhood Roads and Micro-irrigation have devolved to the Municipalities. -Identifying and prioritizing (local) investments have been delegated to territorially based groups which receive legal recognition.
Mexico	***Federal Government has normative***, budgetary, planning, and operational role in almost all public activities. -Some movement away from Service delivery role.	***Have own Executive and Legislative*** Branches, can pass Laws, raise revenues and implement State Programs. - State Governors are popularly elected and hold six year terms. -Has some role in delivery of Health and Education Services, but role limited by Fiscal and Political restraints.	***Municipalities have jurisdiction over Rural*** **and Urban areas.** -The irresponsibilities and mechanisms for revenue raising are set out in the constitution. Minimum responsibilities pertain to: -Potable Water and Drainage, Cemeteries, Public Lighting, Garbage Collection, Cleaning, Roads, Parks and Gardens, Markets and Slaughter Houses, Public Security and Transit. - Role limited by Fiscal Restraints.

IDB projects have also faced challenges in working with intermediary governments whose roles are often more vague and less understood than either the central or municipal level. In the LAC Region, not all intermediary governments are popularly elected, and tensions can arise as to whether they are instruments of the central government, whether they have their own constituencies, or whether they represent local interests. In **Brazil's Health Sector**, for example, states have a significant role to play in areas such as planning

and evaluation, coordination, assistance to poorer municipalities and managing some referral centres and laboratories. However, specific functions at this level are poorly defined, and often overlap with those of the federal government and municipalities. Hierarchical relations between states and municipalities are minimal and the system tends to have more significant relations with federal authorities (IDB/EVO, 1998a:12). A similar lack of clarity in responsibilities and lines of authority in **Guatemala's Health Care Sector** are currently being addressed through the IDB's Program to Upgrade Health Services in Guatemala.

The mandates of intermediary governments appear more subject to change than other government levels. In Bolivia, the IDB and other donors worked closely with departmental corporations in the early 1990s under the assumption that the Departments would play an early and key role in decentralization. However, the reforms took a different turn, which included the disbanding of the departmental corporations. Jamaica's new Regional Health Authorities are a rather arbitrary configuration, although their boundaries draw closely from the past division of the primary health care system. Other decentralizing sectors in Jamaica (i.e. education and agriculture), however, recognize different regional boundaries: the impact of this upon future coordination has not yet been fully tested.

Nonetheless, regional entities can be expected to play an increasing role in the implementation and regional adaptation of national development strategies, as well as in the outcome of local development initiatives. This is most obvious in larger countries such as **Mexico** where individual states have their own constitutions, or in **Chile** where elections have only recently been held at this level. But even in smaller countries such as **Bolivia**, where departments, can co-finance investment programs with municipalities, variations are beginning to emerge. Some departments have adopted an approach whereby they will co-finance all valid proposals, others are prioritizing their cofinancing activities in poorer areas.

B. Sectoral Responsibilities

A review of responsibilities in the **Health Sectors of Brazil, Guatemala and Jamaica** shows that they are all currently in transition, with IDB supported projects to ***"reform"*** the sector. Among the reforms, decentralization of functions from the center to sub-national levels is clear. In the cases of **Guatemala and Jamaica**, emphasis is being placed at the intermediary level for service delivery, while the municipality or community (parish) retains the function of advising the regional level. In addition, the pilot projects in **Guatemala** are giving the community responsibility for selecting the health provider, although the regional level remains the contracting agency. In **Brazil,** the separate role of each level is less well defined. However, the municipality seems to be gaining strength in managing the health delivery systems.

The complexities of Sectoral Decentralization sometimes obscures the fact that many of the current challenges facing the social sectors concern issues of quality and effectiveness. Such problems cannot be resolved through decentralization alone, although decentralization may be an important element to the extent that it encourages more responsive management styles and opportunities for the exercise of social pressures. In all of the health sector projects supported by the IDB, for example, decentralization is but one aspect of more comprehensive reform programs which are being pursued to resolve

systematic challenges facing health systems. These include ensuring attention to national health concerns, professional training and accreditation systems and the elaboration of effective referral systems, among others.

Table 3: Division of Responsibilities in the Health Sector: Brazil, Guatemala, Jamaica

Country	Central/Federal	State/Departmental/Province	Municipal/community
Brazil	***Federal Government is responsible for:*** Supervision, Regulation, Research, Technical Cooperation, Production of Medications and Raw Material.	***Charged with coordination, planning,*** Programming and the Delivery of complex Regional Health Services. However, this role has remained undefined. States and Municipalities have little flexibility to create service models and make management decisions based on their own needs.	***Municipalities handle local*** planning and basic health services delivery. However, Municipalities need Investments in Physical, Technological, and Managerial Resources to adequately provide for Health Care.
Guatemala	Ministry of Health has had Regulatory and Service Delivery Role. Now moving towards Regulatory Role.	New IDB project creates three Health Care Departments. Emphasizes cooperation between Public and Private care providers. Intermediate level responsible for service delivery.	Communities are to be able to establish partnerships with the private sector and contract them for basic health care services, with the Decentralized Depart-ments as the contracting agent.
Jamaica	Jamaica's Health System has been dominated by a centralized Public System, headed by a Ministry of Health, which is responsible for Policy-making as well as day-to-day operations, including the Management of all Health Personnel. Ministry of Health moving towards a Policy making and Rector Role.	Each Hospital region has been administered by a Hospital Board. But, Boards have had neither administrative nor financial autonomy. These Hospital Boards have now been abolished, and four Regional Health Authorities (RHAs) have been created to administer the nation's health services facilities. Have responsibilities for day-to-day operations. Will enter into annual service agreement with the government, based on the results of needs assessments.	The Parish Level has been the basic Administrative Level of the System. At that level, a multi-disciplinary team headed by a Medical Officer supervises and coordinates the Health Districts and facilities within its administrative jurisdiction. Will now have Parish Committees to advise the RHAs.

C. Funding Issues

Decentralization of Responsibilities" is one thing - ***"Decentralization of Finances"*** is another. Obviously, the way governments and functions are financed will determine how much autonomy various levels have to make policies and deliver services. We can move on a spectrum from a situation where the central government funds all activities and makes all policies regarding what is to be done and how, to a system where the central government encourages sub-national entities to follow its priorities through grants and transfer of funds, to situations where intermediary governments control funding for all levels within their territories, to the final decentralization where each level of government funds its own activities through its own taxing authority. Since one of the supposed benefits of decentralization is that governments which are closer to constituents will be more likely to design programs that are more appropriate to their needs, we reviewed whether financing was locally generated and controlled with decentralization, or other patterns were followed. Table 4 reviews the funding mechanisms in Bolivia, Brazil, Chile, and Mexico.

Table 4: Decentralization of Funding in Bolivia, Brazil, Chile, and Mexico

Country	Central/Federal Government	State/Departmental Level	Municipal/Community
Bolivia	-Collects most taxes. -Law of Popular Participation (LPP) gives 20% share of national tax income to Municipalities, distributed on a per capita basis.	-Receive 20% of a special tax on Hydrocarbons. -Departmental compensation fund and specific transfers. -Also collects natural resource royalties.	-Besides 20% share of national tax, have exclusive jurisdiction over urban/rural property and vehicle taxes Income from patents, rates and tariffs. However, local resource mobilization a problem. -Share of Municipal own resources has been rising. -Coparticipation funds from the Central Government ware 65% of all municipal revenues in 1994. By 1995 that percentage had dropped to 45%. -Municipalities can borrow funds using their coparticipation as collateral.
Brazil	-Constitution of 1988 redirected Fiscal responsibilities in favor of the States and Municipalities and increased the amount of federal transfers through a complex system of revenue sharing. -Required to deposit a portion of revenues from the Income Tax and Tax on Industrial Products in participation funds for the States and Municipalities and distribute it subsequently through automatic transfers. -25% of all revenue and transfers should be spent by sub-national governments on education.	-Taxation by the States increased from 5.6% of GDP to 7.4% between 1985-1992. -States received Value added Communication and Trans-portation Tax (ICNS) which represented 26.5% of all Tax Revenue in 1990.	-Taxation by Municipalities increased from 0.9% to 1.6% of GDP between 1985-1992. -Empowered to tax fuel and also gained the base for the Property Transfers Tax from the States.
Chile	-Collects, distributes and administers both national and local taxes. -Central government retains the authority to tax productive resource bases and control fiscal expenditures. -Has initiated a system of progressive and transparent transfers based on identified local needs. -Strictly controls how transfers are spent. Also, sets the tax and fee rates for local taxes, and makes them uniform throughout the country.	-Financed by Central Government	-Most important source of revenues is central government transfers. 40% of tax revenues returned to jurisdiction from which they are collected, Municipal Common Fund is the principal source of general income for the majority of Municipalities. -Also Central Government refunds municipalities on a formula basis for the costs of providing decentralized social services. -Own-source revenue (about 5%) of total in 1989) based on real estate tax, automobile registration and industrial and commercial licenses. Cannot borrow money.
Mexico	-Mexico's Federal Government collects more than 90% of all the country's public sector revenues and determines all but 20% of country's resources. -Spends about 1% of GDP for Local Development. -Two types of revenue sharing arrange-ments which affect Municipal and State activities: earmarked (federal matching grants) and non-earmarked (20% of all Public Sector Revenues).	-Local Development Funds from the Federal Government are given to the States, which then determine how they will be passed on to Municipalities. Typically match federal funds with monies of their own.	-Most significant source of funding from federal government comes through matching grants. -Also, is a state level Regional Development and Employment Fund. Usually, very low own-source funding (about 5-10%). -Very few Municipalities meet the conditions for loans from the national IDB.

A review of the four countries again shows that very little in terms of fiscal decentralization is determined by constitutional arrangements. **Chile** *(Unitary)* and **Mexico** ***(Federal)*** both retain rather stringent controls over public resources at the central level. Municipalities in these two countries receive resources from the central government in the form of grants and/or loans from National Development Funds but use of monies is usually restricted to certain programs. In the **Chilean** case, municipalities are reimbursed per student for school administration, but municipalities say that this is rarely enough. It is only in **Bolivia,** ***(Unitary)*** where municipalities have been given a substantial amount of unrestricted funds as part of a concerted government program to decentralize financial resources and empower municipalities and communities to select and choose their own priorities. This does not mean that the central government does not try to encourage investments in national priorities. In fact, both the central government and the departmental governments try to ***"lead"*** the municipalities by cofinancing particular types of investments more than other types. However, the element of municipal (and community) choice is stronger in this country.

Financing is also a very important part of decentralization of sectoral activities. Again, the amount of independent financing at each level will be a strong determinant of whether programs are controlled by the center, or are designed by sub-national governments. Table 5 reviews financing mechanisms in the health sectors in Brazil, Guatemala, Jamaica, and, for comparison purposes, as they existed in Mexico during the 1980's when the first decentralization of health facilities in that country was begun under an IDB project.

The information contained in Table 5 is thought provoking: although one of the points of decentralization is that the units that are closer to the beneficiaries will be more sensitive to their needs, the political and constitutional mandate to cover health services for the entire population has left the governments of **Brazil**, and perhaps **Mexico**, with a ***"one system fits all"*** solution, thus limiting the initiatives of the states and municipalities to find more appropriate (and perhaps) less expensive ways to ensure coverage. In addition, at least in the **Mexican case**, the disinclination on the part of the federal government during the 1980's to consult the governors of the decentralized states as to the services to be provided, and the funding mechanisms, was one of the reasons that the decentralization process was not successful: ***"governors simply did not get on board"***.

In the two smaller systems, **Guatemala** and **Jamaica**, there is a tendency to allow for experimentation to take place. In the case of **Guatemala**, the flexibility to contract with the private sector and allow it to come up with new solutions for health care delivery, leaves more room at the intermediate level, which will also manage the funding of the system, in the pilot programs included in the IDB project. In **Jamaica,** the RHA's will control the daily operations - including funding - for the health care system, as well as receive more discretionary funds from pay-for services than they have formerly. This should leave them with more programming discretion.

Table 5: Financing of the Health Sectors: Brazil, Guatemala, Jamaica, Mexico

Country	Central/Federal level	State/Department	Municipal
Brazil	***Central Government has defined a health*** care system which it cannot pay for because, although services are supposed to be delivered at the State and Municipal levels, Federal government still makes the payment for services. However, not enough resources allocated to health payments, so States and Municipalities lack funding for investment, and even for daily operational programs. In November 1996 the Ministry of Health defined a basic care floor which is a per capita transfer to the municipalities to guarantee a minimum basket of health care services for the population.	***Under the Unified and Decentralized Health System*** (SUDS: 1987-89), the Federal Government transferred hospital operating budgets to some state Secretariats of Health, who in turn allocated the authorization to hospitals, and submitted patient forms for payment. Despite increase in own funding, health spending stayed about the same.	***Under Unified Health System*** (SUS: 1990-present), some of the responsi-bilities for running hospitals trans-ferred to Municipalities, although States still maintain some role in operating their own hospitals and assisting smaller Municipalities, which are still more dependent upon the Federal than the States. Federal Government defining the minimum basket. Despite increase in own financing, level of spending on health remained about the same.
Guatemala	Ministry of Health responsible for health spending. However, doesn't allocate sufficient funds for this. Stress on high-cost curative care. Thirty-five Ministry hospitals absorbed 75% of total Ministry of Health budget. New project emphasizes primary care, and increase in funding.	Funds to be transferred to three health care departments which will experiment with service delivery systems. Although there is a basic package of services to be delivered.	Can influence who the provider will be.
Jamaica	Ministry of Health will negotiate annual service agreements with the RHAs. Ministry of Health now devising a National Health Insurance Plan.	Under new program, RHA's will have all public health care assets in their jurisdictions. Can also borrow funds. Emphasis on greater collection of pay for services. RHAs will also be responsible for personnel resources.	Parish Manager will be responsible for administering and integrating local health services, namely Primary and Secondary Care provided at the hospitals, health centers, and through public health services.
Mexico (1980s Project)	Federal Government retained the functions of norm setting, fiscal resource management, global planning, and assignment of human and material resources and evaluation. In addition, SSA's Health Care model was incorporated into the program, rather than retrofitting the program to the Health Profiles of the States involved.	Transference to the States of the operating facilities in Health. States were assigned budgetary resources, in accordance with an Annual Operating Plan (POA) which presented each State which cosigned the Decentralization agreement with an irreducible amount, coincident with the previous year's assignment and the ***"new necessities".*** Funds which were recouped from operational fees were centralized.	

D. Municipal Finance Issues

The IDB's experiences with municipal lending in **Bolivia** and **Mexico** are instructive as they have been conducted within the framework of gaining support for national policies. This perspective has permitted several issues to be raised in terms of the relations between the IDB, municipal autonomy, equity and decentralization. In **Bolivia**, the IDB's **PRODURSA** Projects provide loan and grant financing from the central government to encourage social investments and municipal strengthening activities.[6] These options have not always been picked up. In instances where grants and/or loans are used as financing mechanisms, the weaker technical capacities of more marginalised centres can affect the development of technically sound project proposals, and access to funds. This indicates the need for training if weaker centres are to participate equitably in decentralization processes.

However, the availability of grant and loan mechanisms are often insufficient to induce action. For example, municipalities have not developed cadastral surveys and property record projects through either phase of **PRODURSA** despite the availability of credit for such projects. Financial incentives at the local level alone cannot resolve problems related to a lack of national standards and regulations, the limited social acceptability of taxation (and thus for projects perceived to be moving towards this objective), as well as a general lack of affordable and qualified technical assistance throughout the country. in the IDB projects[7] examined for this Sector Summary it was common to see IDB efforts directed towards improving the efficiency of municipal financial administration, and encouraging tariffs and user fees and privatization at the local levels. Efforts towards increasing local taxes, expanding tax bases, or actually raising tariffs, appear to have met with mixed success. It is also clear that the path towards improving local resources will not be easy. Raising taxes is never easy. Considerable social consensus must be developed and the benefits to be gained by increased taxation must be demonstrated.[8]

In addition, once private sector lenders enter the picture, the appeal of the development MDBs, may be put to a test along with their practices in encouraging compliance with national development priorities (IDB/EVO, 1997d; Dillinger, 1994). The IDB's support for municipal lending in Bolivia began in the 1980s when the private sector

---

[6] The range of investments which the IDB supports is narrower than the mandates of either the FNDR or municipalities.

[7] The IDB's support for municipal lending in Bolivia and Mexico has taken both development and decentralization objectives into account.

In ***Bolivia,*** the IDB has supported the lending activities of the National Regional Development Fund (FNDR) since the late 1980s. The IDB's Global Programs for Urban Development and Sanitation (PRODURSA I and II) have accompanied Bolivia's Decentralization process and respected the FNDR's mandate to promote balanced and regional development across Bolivia. Through PRODURSA, credit and grant financing has been made available for basic infrastructure and activities related to property records and cadastral surveys.

In ***Mexico***, the IDB's support for Municipal Lending via the National Public Works IDB (BANOBRAS) is delivered within the context of strengthening the capacities of intermediary cities. The activities financed by the IDB are considered complementary to the Institution's regular Portfolio.

[8] One way improved tariff collection was accomplished in Mexico involved the inclusion of civil society members in a local advisory board. Once these representatives saw the results of under-funding in terms of inferior services and loss of potential for expansion, community collections increased dramatically. In ***Bolivia,*** the FNDR will go out and visit local communities to help them see the need for increased tariffs. ***Jamaica's*** new Regional Health Authorities also have a mandate to attract external funding through user fees. An incentive to increase collection is that the RHAS can retain more of the funds they collect.

was unwilling or unable to finance public sector investments. This situation is beginning to change, and with increasing access to private sector resources, new questions are beginning to emerge. For example, how attractive are FNDR resources in comparison with private lenders who may not have as strict requirements in terms of the level of technical quality or capacity building requirements? If the stronger municipalities go to the private sector, will the MDBs become the ***"lenders of last resort"?***

III. THE CASE STUDIES: INVESTMENT, PLANNING, OPERATIONAL SUSTAINABLITY AND INSTITUTION BUILDING

A. Investment Planning Issues

Investment Planning of facilities such as roads, schools, hospitals, markets, electric plants, etc., is an important development activity, and will often play a key role in:

- guiding financing of resources, and,
- setting priorities between the levels of government.

Clearly each level of government would like to be in charge of some of its own investment planning, particularly if it controls the financing of such. And, there are cases where various levels of government do make annual investment plans. Of course, the possibility always exists in a decentralized system, that investment planning will go on at all levels of government, and that the plans of one level, i.e., the central government, will be different from those plans of the municipalities. In fact, investment planning turns out to be a ***"two-edged sword"***. If decentralization is to allow states and municipalities to serve their constituents in a more flexible, efficient manner, then there should be a lot of negotiation between the central planning units and those of the sub-national governments. In addition, states and municipalities would do well to have annual plans so as to be able to demonstrate their priorities to central planning departments.

Our case studies demonstrate that planning is not often done at the sub-national level, except in Bolivia, where municipalities are mandated to make annual development plans and departments are also supposed to make plans that integrate regional development. The SNIP, which is Bolivia' s national investment planning mechanism, tries to be flexible to sub-national priorities, particularly since the Law of Popular Participation ensures that these entities will have funds of their own to spend. In addition, the SNIP is in the process of being developed itself, so there is room for negotiation with sub-national entities.

On the other hand, **Chile** presents the example of an extremely well developed National Investment System, with a technically sophisticated design and evaluation system. Ironically, these criteria pose a problem for sub-national governments when they develop projects to be financed by the central government. Particularly in the cases of the less developed regions and municipalities, the technocrats at the center are a bottleneck to self-development. Although Chile has begun training programs for sub-national entities in using and developing projects for the investment system, there is a gap between the level of training and the amount required.

Table 6: Investment Planning

Country	Investment Planning
Chile	Has elaborate System of National Investment Program. Includes Sectoral Funds, Regional Funds, Municipal Funds. Lots of national criteria for programs and projects to be financed. Municipalities are supposed to propose projects according to national cost/benefit and design criteria.
Bolivia	The objectives of the SNIP are to orient, channel and regulate public investment resources – external and internal, and to improve the technical quality of public sector investment decision-making. The SNIP establishes criteria for inclusion in the Public Investment Program, defines financing and cofinancing modalities, and is to be integrated with other planning, investment, administration and control systems which are part of the SAFCO Law. Bolivia is trying to get an integrated project data IDB but skill levels at different sub-national organizations are not equal. SNIP has to be tailored to different skills. Investment patterns emerging today are being assisted by increasing incentives to align national, regional and local priorities.
Brazil	In Health Care, although States and Municipalities were supposed to be able to plan their own programs, for various reasons, resources began to be transferred from the federal government directly to the providers and local governments did not even see the money. And, transfers for hospitals and ambulatory care were so small that there was nothing left over to discretion.
Mexico	In the case of investment planning, State level planning offices were initiated by the Federal Government beginning in the late 1970s with the purpose of improving coordination between the federal and sub-national governments. By the late 1980's, the COPLADES (State Planning Committees) were in every state. One of the chief functions of the COPLADES came to be the definition of annual programs -both state and municipal- to be financed by matching grants, which are determined in annual agreements which are often linked with specific programs. The Municipal Social Development Fund (FDSM) puts lots of restrictions on municipal choices. (Copayments by Municipalities also weighs in on choices). No way to graduate to larger projects, and not enough productive projects. (Need TA for market studies, financial management studies, etc.) There is no national investment planning system which ties together the needs of Federal, State, and local entities. However, this is changing.

Mexico does not have a well-developed National Investment System. In this country, priorities are set at the central level for coparticipation funds, but there seems to be room for negotiation for different types of projects. Even so, some of the state and municipal officials complained that they had trouble dealing with the bureaucratic requirements of the grants in aid. On the other hand, in the health sector, Brazil encourages states, and particularly municipalities to develop annual plans. However, the amount of funding is controlled at the center, a feature which discourages sub-national planning.

Lack of negotiation between national and sub-national entities as to financing priorities can lead to disconnects between central government priorities and those of communities and municipalities. For instance, in the cases of Bolivia and Mexico, we were often told by people at the local level that what was needed was more productive projects, rather than infrastructure projects. In addition, sub-national entities in both countries were interested in larger projects than those being funded by the various regional and/or local development funds, and/ or grants-in-aid from the central government. For its part, neither central government seemed prepared to fund more productive projects, perhaps since these are hard to design at the central level.

B. Operational Issues

When reviewing operational issues we looked at how government programs (with IDB funding) were being implemented. Since some of the projects that we reviewed were just beginning, we concentrated mainly on Chile's National Regional Development Fund

(FNDR),and Bolivia's Global Program for Urban Development and Sanitation (**PRODURSA**). We looked at two aspects of operational issues which seemed very important in IDB operations:

- whether ***decentralized projects*** were supervised well, either by the central government, or by the sub-national entity which had responsibility for the project, and

- whether ***decentralized projects*** were being maintained, either by the central government or the sub-national government with responsibility for it. We also reviewed the ***"first and second health projects"*** in Jamaica and Guatemala to see the differences in operational quality.

Table 7: Operational Issues - Implementation, Human Resources, Maintenance

Country	Operational issues
Chile	FNDR supervision of projects weak. Not much supervision given to Municipalities by the intermediary levels. Lack of coordination. Procurement may be complicated. Some maintenance, but municipalities say there is not enough money. Human resources a problem at all levels. Functionaries change a lot.
Bolivia	**PRODURSA I:** It was found that there was inadequate supervision of projects, partially because of design weaknesses, partially because of weak regulatory agencies which were supposed to certify project quality. **PRODURSA II:** The present supervision system to be strengthened, with minimum qualifications being set for inspection engineers, contractual conditions that will ensure better coordination between supervisors and contracts. Municipalities can use co-participation funds for maintenance. Human Resources very weak at municipal levels. And, personnel, at all levels of government, change with elections. A lot of training is lost.
Jamaica	***First Health Project*** not very successful: huge cost overruns and time delays. Poor project management. Project executing agency the single biggest problem. Very weak policy framework. ***"Special or Parallel"*** Executing Agencies aren't working out. Need a flexible and iterative process. In first project, lots of design flaws, sloppy engineering. Project design in second project, flexible, benchmarks have ben established for the first year's activities, with subsequent benchmarks and activities to be designated as the project progresses. ***Parallel Executing Agency*** being avoided. Execution will rest with existing units within the MOH and the newly established RHAs. Project subject to quarterly reviews Maintenance a continuing problem. Acute shortage of health professionals. Poor civil service compensation, lack of career paths, and increasingly poor working conditions. New Program is supposed to improve some of this ***First Health Project*** changed goals often. Long delays and cost overruns. Executing Agency very weak.
Guatemala	***Second Health Project*** a more Decentralized, flexible instrument. Concerned about Sector Reform. Also, better targeting. At least 40% of health posts in need of rehabilitation. Maintenance a continuing problem. Poorly trained professionals at all levels of government. ***Government Health Personnel*** (excluding rural health technicians and volunteers) have been concentrated in the Guatemala City Region. In the ***Rural Areas***, where the majority of the population live and where the most vulnerable groups are concentrated, the population is served by Rural Health Technicians.

In both **Chile** and **Bolivia**, supervision of decentralized programs is weak. There are several reasons for this. Firstly, the projects built by both the FNDR and PRODURSA were implemented at the departmental or municipal level, where there has been untrained staff and insufficient technical capacity. In addition, even at the central level, the regulatory framework has been weak in Bolivia. In Chile, although the regulatory framework is stronger, institutions have had weak supervisory capacity

The ***Health Sector in Jamaica and Guatemala,*** where the IDB sponsored health programs in the 1980's and the 1990's, demonstrates similar tendencies. In the 1980's, both health programs concentrated on expanding coverage by expanding infrastructure. However, in both programs, poor executing agencies, insufficient funding, poor supervision and inadequate targeting mechanisms all diminished the effectiveness of the projects. In the 1990's, the countries and the IDB are concentrating far less on infrastructure, and far more in terms of technical assistance, strengthening the ministries and the executing agencies, and decentralizing implementation, control and targeting of the reformed health system. Although it is too soon to know whether these projects will be successful, they both seem designed to catch the advantages of decentralizaiton.

Poor maintenance capacities have proved a concern across many of the case study projects. Despite mechanisms intended to ensure the maintenance of project facilities, maintenance issues have continued to be a significant problem.[9] Means of improving the outcomes of such situations - and the sustainability of local investments - have ranged from linking sub-project disbursements with the provision of maintenance and operating budgets (**Bolivia**) to the revamping of central maintenance units (**Jamaica**). Lack of trained staff and/or constantly rotating personnel has been a problem in all countries reviewed.

C. Institutional Issues

a. The Importance of Institution Building

Decentralization processes engender significant institution and capacity building requirements. As stated in the Chilean case study, capacity building is the ***"most important part of the decentralization process, whereby responsibilities are to move from the central government to a level closer to beneficiaries"*** (IDB/EVO, 1996a: 23). It has become increasingly obvious that sub-national governments cannot easily assume new responsibilities and central governments cannot easily reorient their work without access to appropriate technical skills and knowledge. This lesson was amply learned in the IDB's *Mexican Health Services Upgrading Program* where health decentralization to the states during the 1980s faced numerous problems, including the fact that ***too little*** attention had been paid to institutional strengthening and ***too much*** attention to infrastructure.[10]

---

[9] IDB, Portfolio Performance Review (1996: 3) as cited in IDB/EVO (1997a: 17).

[10] Other factors acting against decentralization at this time, included: (i) the reluctance of States and Municipal governments to assume responsibilities without increased financing; (ii) rivalries between key Agencies which were to be integrated through Decentralization; and too little attention to encouraging active Civil Society participation (IDB/EVO, 1997c).

In attention to capacity building issues can also thwart policy objectives for improving territorial equity and/or redistributing public resources towards the poor. This is particularly evident where decentralization reforms are accompanied by demand-driven funding mechanisms, such as Municipal Development or Social Investment Funds.[11] Demand-driven systems can have several advantages: among them is an increased likelihood of local ownership because funding requests must be submitted and supported by beneficiaries. However, without sufficient attention to strengthening the technical and planning capacities of weaker centres, these entities can miss opportunities for financing or produce inferior or irrelevant services and infrastructure. As the case study projects indicate, unsatisfactory results can also act as a disincentive to encouraging civil society participation, particularly among poorer populations ***(Chile, Bolivia)***.

Table 8: Institutional Issues

Country	Strength of Institution
Chile	Weak at Regional and Municipality level. Funds for Institutional Strengthening in IDB Project not spent.
Bolivia	Delays in Technical Cooperation prevented smaller municipalities and communities from developing projects If one emphasizes project quality, it sometimes works against those who need it most. Central government had weak control over norms and regulations. In addition to financial incentives, adequate attention needs to be given to strengthening the planning, technical and executing capacities of sub-national organizations.
Brazil	New ***Health Program with IDB/WB*** supposed to Support Financial and Administrative flexibility for States and Municipalities receiving block grant transfers to pay for health services. The project approaches decentralization cautiously, providing technical assistance to states and municipalities by emphasizing improvements in managerial, administrative, and planning capacity of local governments. Project components include Infrastructure: Reform to Improve Health Care Financing and Regulation.
Mexico	In ***Health Project***, none of the Institutional Strengthening goals achieved. WB/IDB has a Program to Strengthen the States' Secretaries of Health. **SEDESOL** has a Municipal Development Program which deals with Investment Planning issues. All 116 intermediary cities in the governments 100 Cities Program have now completed urban development plans. Lack of institutional capacity has been a problem at both the state and municipal levels. Problems include low education levels, lack of equipment, weakness in administrative structures, scarcity of personnel. Not enough training going on.
Jamaica	***Second Project*** all Institutional Strengthening to support the inter-related tasks of restructuring the Ministry of Health and the Decentralization of Service Delivery and Management. IDB giving Technical Assistance and Training in support of inter-related tasks to both MOH and RHAs
Guatemala	Poor Institutional Capacity. Now trying to make profound institutional changes.

b. The Complexity of Institution Building

All of the IDB case study projects have included some level of activities involving the provision of training, technical assistance and/or policy or planning related studies. At the sub-national levels, the areas most targeted have included building administrative, financial

[11] This finding arose in the case of both the Bolivian and Chilean National Funds for Regional Developments. It is also consistent with recent EVO and IDB reviews of the Region's Social Investment Funds (IDB, 1007b; IDB/EVO, 1996a; Goodman, Morley et al.: 1997).

and managerial capacities, as well as strengthening capacities for project planning, development and operations and maintenance. At the central level the focus has been on advancing decentralization reforms, planning, regulation and evaluation. Many projects have also involved activities to encourage privatization or private sector participation. These have been identified as means of streamlining the mandates of governments and divesting them of responsibilities for service execution, a thrust in line with more general efforts towards public sector modernization.

An important ***'lesson learned'*** by the IDB is that incentives must be developed to create a stable and well motivated public sector, in order to make training and technical assistance cost/beneficial. This finding, seen in countries as diverse as Bolivia and Jamaica, and at all levels of government from the central to the local, underscores the continuing need for the IDB to support civil service reforms in the region. In Bolivia, where the IDB is providing direct support for the strengthening of the civil service at the departmental level, other projects have introduced mechanisms into public sector training activities that encourage respect for civil service reforms at the central level (***"Program of Support for a Decentralized Civil Service"*** - ATN/SF-5748-BO; ***"Social Management Support Program"*** - 982/SF-BO). Favourable for future progress in advancing civil service reforms is the fact that the opportunities afforded by decentralization are beginning to draw more qualified candidates for local mayoral offices (Peterson, 1997). In Mexico, the evaluation mission was told that a changing of the old guard at the state level has begun to be reflected in demands for better qualified personnel.

Another ***"lesson learned"*** is that training and technical assistance must be geared to learning needs and absorptive capacities. This means taking differing levels of education (and in some cases, basic literacy) into account. For in-house training, it also means paying attention to election cycles and reaching new and fairly recent administrations as soon as possible (Mexico). However, technical assistance carries with it a series of risks which also have to be taken into account. These include overestimating the absorptive and implementing capacities of institutions (Jamaica). There must also be concern for not creating over-dependency of local actors on technical assistance providers (Bolivia).

c. Implementing Institutional Strengthening Activities

The IDB's institutional strengthening activities have often run into complications and delays. The coordination of institutional strengthening activities with other project components has contributed to problems. Timing also appears to be a big factor. Delays in launching the project's institutional strengthening activities, as well as budget reductions, contributed to a loss of momentum in the Chilean Multiple Local Development Investment Program II. In the Jamaican Health Services Rationalization Project, a lack of coordination with other components, as well as delays in the completion of physical works detracted from the use of trained personnel.

While the above two projects were developed in the late 1980s to early 1990s, it appears that these areas are still problematic. In the new Brazilian health sector program jointly funded by the IDB and The World Bank, a recent mission determined that ***"progress on the institutional development portion of the project [was] inadequate."*** The problems ranged from difficulties in establishing the goals of the program and in developing a number of key background studies, considered ***'.. crucial for the sustainability of project***

investments" (IDB/EVO, 1998a: 17). Similarly in Mexico, where the IDB is providing credit financing to municipalities via the National Public Works (BANOBRAS), the undertaking of a necessary background study on *municipal finances, constraints and potential* had not yet gotten underway at the time of the evaluation mission. Because of the importance of institutional strengthening to the effective implementation of decentralization reforms, more efforts may need to be directed to ensuring effective outcomes of such activities in the future.

d. Meeting Broader and Longer-Term Institution Building Needs

Assuming there are appropriate incentives for engaging and retaining qualified public servants, the types of project level training seen in the case study projects can be useful. However, they are insufficient to address the long-term institution building requirements engendered by decentralization. First, the enormity of the task of training sub-national actors has been noted across all projects. For example, during the second phase of the Bolivian PRODURSA project, the IDB assisted the FNDR to strengthen its in-house training capacities, while the World Bank, in a complementary project, was to assist in creating a Municipal Development Institute. Such an Institute was considered necessary in order to move beyond project related training and meet the long-term training needs of Bolivia's then handful of urban-based municipalities. However, the Institute did not come to pass, in part because following approval, Bolivia's Law on Popular Participation dramatically increased the numbers of municipalities, their jurisdictions and their responsibilities. Following three more years in which the bulk of training continued to be provided by various agents under the coordination of a central ministry office, talk was again turning toward how to strengthen the country's approach to training. One proposed approach favoured linkages with Bolivian training institutions and universities so as to provide continuity and permanence. Such linkages have been established in Mexico, where the executing entity of a training sub-component of the Municipal Development Program works with regional training institutions and universities to deliver its programs.

New training needs are constantly emerging as the region's decentralization processes evolve. This has been recognized in the Bolivian Social Management Support Program (Loan 982/SF-BO) which is going beyond the strengthening of managerial and administrative capacities, to providing managers and planners with better skills and tools required to plan and manage social projects. This program is fostering an approach based on the training of trainers, in recognition that training needs will continue past the project's completion.

A last area of institution building which requires attention concerns the private sector and civil society. It is not clear that these sectors are at all times available to step into the new roles being assigned to them through decentralization. Both these groups are intended to play a significant role in the region's unfolding decentralization processes. However, project reviews and field visits indicate that sufficient attention is not being given to understanding the potential, limits and capacity building needs of these groups.

IV. THE CASE STUDIES: PARTICIPATION AND EQUITY ISSUES

A. Historical Perspective

Participation and equity are less closely related than expected. In terms of participation, none of the countries studied in the test cases have depended on participatory democracy to make policy decisions for very long, and in fact, have sometimes discouraged citizen action and organization. As a result, even in the countries, such as Bolivia, which are now emphasizing local participation as part of constitutional reform, many communities have little experience in organized political actions and have not been able to organize effectively.

Many of the decentralization reforms have opened the doors for civil society participation in manners which have significant project and programming implications. Across various countries, civil society and/or civil society organizations are beginning to play a greater role in:

selecting, monitoring and evaluating public sector investments which the IDB has interests in financing (i.e., Chile, Bolivia, Jamaica, Guatemala, and Mexico);

exercising social control, and demanding not only better services and accountability from governments, but the strengthening of democratic practices and good governance (i.e., Guatemala, Bolivia).

B. Contributing Resources so as to Improve the Delivery and Results of Public Sector Investments.

The case study projects show that there are important ad-hoc innovations in participation developing across the region. In some countries like Brazil and Mexico, state and local laws, procedures and innovations are contributing to this phenomenon, rather than normative federal laws. While the importance of these developments should not be underestimated, there is a need to better understand their potential for sustainability and for diffusion into contexts with differing enabling environments. This is particularly so where formal mechanisms for participation are not established as a right. Moreover, it is clear from many of the project studies that -regardless of the overall enabling environment- marginalized groups, such as women and indigenous peoples, are likely to require additional support to ensure that their priorities are addressed. In Guatemala, years of conflict have led to deep divisions within society, such that careful attention to reducing conflicts and building consensus must be an important feature in any project. An interesting feature of the Mexican Municipal Development Program is that the IDB conducts independent evaluations of sample FDSM sub-projects annually. Several key issues are examined in these independent reviews, including whether communities have respected norms regarding the formation of civic municipal councils and the degree of community support shown for the Fund's projects, among others. Such a mechanism provides a means to inform and strengthen FDSM practices, a key objective of the yearly evaluations.

Communities, particularly poorer communities, require access to information to assist them in making informed investment choices. In larger towns access to technical skills is more easily accessed; however in many smaller, rural and isolated centres, such expertise can be lacking. Finding means to circumvent these gaps is not always easy. However, such needs can vary from country to country, sector to sector. In Jamaica, for example, one of the key reasons for inviting civil society participation into the new Regional Health Authorities was to draw upon their considerable experience in such areas as in management, law, and social sciences.

The IDB requires an in-depth understanding of why and how communities participate, if its projects are to expect participation in prioritizing or evaluating projects or mobilize public opinion (Bolivia, Mexico). The experiences of various funds, Bolivia's FNDR and Mexico's FDSM among them, indicate that a community's interest can vary by sector and activities, and by income level. In poorer communities, for example, there can be widespread participation in water and drainage, but as basic needs are met, participation can fall off.

Knowledge about the dynamics of community participation should also inform the planning of projects designed to foster community development. Because of the current demand driven nature of many development funds, the willingness of community members to contribute counterpart is seen as a proxy for community interest. However, IDB evaluators in Mexico noted that communities may find it harder to identify with a larger scale project, or one which is to respond to a larger group of beneficiaries, and thus be reluctant to support it. For example, while poorer communities expressed interest in productive support, they were not always willing to contribute to the development of feeder roads which could have helped to meet some of their economic requirements. At issue was the fact that such roads met wider community interests, including wealthier commercial sectors. In such a case, public information is very important.

Despite the rising significance of civil society participation, a review and comparison of the case studies suggests that the dynamics, limits and potential of civil society have not been systematically addressed at the project level. While social investment and development funds have, in general, served to inform and improve IDB actions regarding community participation, some Funds, such as Bolivia's FNDR do not work actively with community members, perceiving their main clients to be the local governments themselves. This perception may have to be redirected in the future.

Table 9 indicates the degree of citizen participation found in some of the case studies developed for this review. As can be seen, mechanisms for citizen participation in local government vary from laws mandating citizen input into government decisions (**Bolivia, Brazil**) to countries where NGO's are necessary to organize people to represent their interests (Guatemala). However, no country exhibited ***less citizen*** participation because of decentralization, and the growth of competitive party systems and decentralization have increased the number of interests wanting representation.

Table 9: Citizen Participation

Country	Participation
Chile	Local participation weak. Low levels of participation.
Bolivia	The relations between governments, the Private Sector and Civil Society are affected by Decentralization. Bolivia has placed a high priority on setting participative processes in motion which are intended to increase civil society access to decision making, foster equity and respect the country's diverse cultures, customs and practices. Training should pay special attention to strengthening the negotiating capacities and technical knowledge of the new community decision making structure to help people make more informed decision regarding community and municipal priorities. OTBs can be very weak
Brazil	Main mechanisms for citizen participation in the elaboration and control for social policy and services are the Councils, established by complimentary law in several of the social sectors. They exist at all levels of government, typically being comprised of government representatives, service providers, professionals of all sectors and users, with the representatives of the latter group at 50%. Although they participate in many areas, their power is limited legally in the sense that final decision for modification and approval of the budget rests with the legislative powers. State and Municipal Secretariats are important actors in implementing new means of societal participation. Examples include district health councils within a municipality, councils for health care facilities such as hospitals, election of school directors, school board and financial autonomy of schools, subject to school board supervision. Health councils not too effective at the municipal level, but work better at state level.. At the Municipality level, particularly in smaller municipalities, council members didn't know why they existed. In any case, are merely deliberative, all decisions have to be sanctioned by executive power.
Mexico	Participation not emphasized in IDB Health Project. No rooms in health posts for community meetings. Part of the institutional strengthening was to develop the education level of the community so that the community could take part in the maintenance of its own health, but this was never done. Very little money allocated to this part of program. FDSM has offered insufficient support for civil participation, but may now be strengthening this component, although it operates outside the context of elected officials. Interest in participation varies by sector.
Jamaica	Recent development of Community Health Groups. Also many mechanisms - like the Parish and Hospital Committees and the citizens Charter, were not yet in place during the mission. The Citizen's Charter is to specify the government's responsibilities of health care at the national level. Once completed it is to be revised by the RHA Boards to meet local conditions
Guatemala	Low citizen participation. However, the current IDB Program includes plans to increase participation of Communities, Cooperatives, and NGOs in the provision of Basic Health Care Services through the signing of agreements between the Decentralized Departments and Associations, Communities, and Municipalities for the Administration of Health Centers and Clinics. With the passage of new laws in Congress communities are to be able to establish partnerships with the Private Sector and contract them for basic Health Care Services, with the decentralized Departments as the contracting agent. In addition, resources from the Social Investment Funds are to be accessed for the financing of Community Health Programs.

C. Equity

Table 10 addresses equity issues. From the information included, it does appear that social services are reaching the poor more often than before, and decentralization is playing some, if not the most important role, in this process. For instance, in Brazil, the Federal Constitution of 1988 established that everyone had the right to health care. Similarly, in Chile, the Central government plays an essential role in establishing policies regarding social services, even if these are delivered at the municipal level. However, as demonstrated in the IDB's health programs in Jamaica and Guatemala, decentralization is being used to improve service delivery for those who use public services.

In terms of equalizing financial capabilities between richer and poorer states and municipalities, there is some movement to use regional and municipal programs to do this. There is some agreement between per capita wealth and transfers in Chile's FNDR, and the FDSM in Mexico transfers a much higher proportion of the per capita transfers to the more marginalized states. However, there are still major differences between the poorer and richer regions in all of these countries and urban districts often receive a higher proportion of transfers than rural districts.

In addition, social services are by no means equal for the rich and the poor. In fact, increasing distinctions seem to be growing between public and private services in the health and education sectors and privatization and consumer choice may be exaggerating the difference. There also appears little guarantee that local governments will invest in activities which benefit the poor, without sufficient incentives or social pressures to do so. In Brazil, for example, data from 1985 to 1990 indicate that state and municipal social spending was regressive rather than progressive. Over this five year period - in which sub-national responsibilities in the social sectors were growing - primary health care expenditures fell from 32% to 9% of sub-national expenditures, and basic education from 63% to 52% (IDB/EVO, 1998a: 23).

Table 10: Equity Issues

Country	Equity Issues
Chile	In FNDR a high percentage of projects reached the poor. There is some agreement between per capita wealth and transfers. However, there are problems in terms of ability of some regions to develop projects. Project cost ceilings and other regional factors (wanting to build up tourism), also influence selection of projects, which is usually top-down. Transfers towards the regions and municipalities have had an important redistributive effect. Still, large differences in expenditures between some regions and some municipalities. Big differences between public/private services. More fiscal independence and more local professional and community participation needed to make services equal.
Bolivia	PRODURSA I overwhemingly concentrated in the Central Axis. Only two of the six non-central axis departments received funding, and that was only 13% of total project cost. PRODURSA II's investments are more evenly dispersed among Bolivia's departments. Fourteen of the twenty-nine investment projects are in outlying departments and they represent 47% of total project costs. However, preinvestment projects are highly concentrated in the Central Axis, particularly in La Paz. Women, poorer communities, vigilance committees, all have problems in sustainability of actions. Overall, since the passage of the LPP municipal expenditures have been concentrated in urban infrastructure and housing, followed to a lesser extent by social sector investments. Agriculture projects received only a limited proportion, as did health and energy. Communities want more in productive sectors. Women are under represented in leadership roles.
Brazil	Before 1988 Constitution, the poor were really not covered in health. After 1988, it was established that everyone had the right to health care. Although REFORSUS will not address the issue of equity, it seeks to increase the proportion of investments in poor states by establishing new formulas for allocating health budgets to states based on population, health and income indicators and to reduce the discrepancy between rich states in the South and Southeast and poor states in the Northeast of the country. Nevertheless, social spending in Brazil is regressive.
Mexico	In health: in 1986, 18% of the population was unprotected and another 31.5% had facilities that were extremely unequal in quality. Barriers to access to medical services include economic, geographic and organizational factors. Great regional disparities still exist. In terms of federal transfers from the FDSM, the more marginalized states receive, as a group, a much higher proportion of the per capita transfers than do the less marginalized states. However, in the case of the non-earmarked transfers, the wealthier states still continue to receive a much greater per capita share. Lots of diversity in how funds are transferred from states to municipalities. Emerging transfer formulas are too complex for many municipalities to understand.
Jamaica	The poor encounter long lines and poor service. NHIP is supposed to increase equity by reducing out-of pocket expenditures. Regional authorities are supposed to improve health services for everyone.
Guatemala	Concentration of services and resources in urban areas with a focus on groups not belonging to the poorest strata. Lots of people not covered (41% of population). Very inequitable health spending. IDB project supposed to improve the situation.

There are some measures that can help improve equity. Some of the countries included in the case studies have established financing formulas, guidelines or mechanisms to assist local governments reconcile interests between urban and rural interests.[12] However, progress has proven slow and there remains much to be done to effectively reach the rural poor. The IDB's projects indicate that a greater understanding of the barriers to achieving a more equitable balance between rural and urban interests is required. Some of the areas are:

- Enforcement of compliance with transfer criteria. In Mexico, for example, it is now mandatory that transfers between central, regional and municipal governments be openly published. However, evaluators for the IDB have recommended that such treatment be required at the local level as well so as to make it easier to track how transfers are redistributed within municipalities, and most particularly between urban and rural sub-jurisdictions;

[12] ***Mexico***: FDSM Norms Regarding sub-municipal Distribution.
Bolivia: Guidelines regarding use of Transfers and the Redesign of Municipal Jurisdictions to include both Rural and Urban Areas.

- Special assistance to rural based indigenous peoples to ensure they are aware of the opportunities afforded by decentralization, and that their priorities are heard and respected. In addition, awareness is needed to respect indigenous 'uses and customs' (such as consensual decision-making processes or cargo systems in which responsibilities are rotated annually).

- Developing more pro-active approaches to long-standing problems. For instance, in Mexico, increasing the access of rural populations to potable water is a problem which decentralization has not been able to satisfactorily reverse. This problem has contributed to an IDB supported project, now in the planning stages, which is to provide considerably more financing and focussed support to meeting the needs of rural dwellers (***"Modernization of the Water and Sanitation Sector in Rural Areas"*** - Loan ME-0150);

- Assessing the appropriateness of technical skills and personnel. For example, rural based projects can require different skills and knowledge than urban projects. Examination can be made of the capacities of local governments to respond to rural needs and strategies developed to overcome gaps in this area; and

- Ensuring that the financing requirements of municipalities meet the needs of both urban and rural groups. This is something to be aware of particularly in projects with demand driven mechanisms, such as social investment or municipal development funds, where rural areas may be at a disadvantage.

All of this simply demonstrates that decentralization is not the answer to many of the problems of representation and equity that these countries are seeking to resolve, partially with IDB support. This should not come as a surprise, as the questions posed by liberal democracy and free markets in terms of their impact on equity and participation continue as unresolved issues in the more developed world as well. IDB member countries will have to decide for themselves the emphasis which they want to place on popular participation and equality, and the IDB can help them take measures to achieve the desired results.

List Of Acronyms

BANOBRAS:	National Public Works Bank
BID:	Inter-American Development Bank
CIDA:	Canadian International Development Agency
DAC:	Development Assistance Committee
EVO:	Evaluation Office
FDSM:	Municipal Social Development Fund (Mexico)
FNDR:	National Regional Development Fund (Chile)
GTZ:	German Technical Cooperation Agency
LAC:	Latin America and the Caribbean
LPP:	Popular Participation Law (Bolivia)
MOH:	Ministry of Health (of various countries)
NGO:	Non-Governmental Organization
NHIP:	National Health Insurance Plan (Jamaica)
OECD:	Organization for Economic Cooperation and Development
OTB:	Territorially Based Organizations (Bolivia)
PAHO:	Pan-American Health Organization
PRODURSA:	Global Pragram for Urban Development and Sanitation: Bolivia
REFORSUS:	Joint IDB /World Bank Health Sector Reform Project
RHA:	Regional Health Authority (Jamaica)
SIF:	Social Investment Fund (various countries)
SNIP:	Sistema Nacional de Inversión Pública (National Public Investment System):(various countries)
SUDS:	Unified and Decentralized Health System (Brazil)
SUS:	Unified Health System (Brazil)
TC:	Technical Cooperation
WHO:	World Health Organization

ANNEXES

Table 1.1: IDB Case Study Projects Supportive of Decentralization

Country	Project or Program	Loan No.	Approval or Contract Date	IDB Financing (US$ million)
Bolivia	Global Program for Urban Sanitation and Development **(PRODURSA I)**	601/OC-BO 846/SF-BO	1990	60.0
	(Parallel) Non-reimbursable Technical Cooperation	ATN/SF-3586-BO	1990	3.3
	PRODURSA II *	777/OC-BO 914/SF- BO	1995**	64.0
Brazil	REFORSUS * Joint IDB/World ***"IDB Health Sector Reform Project"***	951/OC-BR (IDB)	1998 **	350.0 (IDB) 300.0 (WB)
Chile	Multiple Local Development Investment Program II	578/OC-CH	1989	156.0 (Revised)
Guatemala	Program to Upgrade Health Care Services*	890/OC-GU	1995	25.0
	(Parallel) Reimbursable Technical Cooperation *	891/OC-GU	1995	13.5
Jamaica	Health Services Rationalization Project	579/OC-JA	1990	92.0
	(Parallel) Non-reimbursable Technical Cooperation	ATN/SF-3406JA	1990	3.0
	Health Sector Reform Project *	1028/OC-JA	1997	26.0
Mexico	Municipal Development Program *	837/OC-ME	1995	500.0
	Mexican Health Services Upgrading Program	202/IC-ME 788/SF-ME	1986	32.0 (Revised)

* These Projects were not evaluated. However, aspects of their design were examined in order to investigate how the IDB's Support for Decentralization has evolved or responded to changes or advances in Decentralization.

** Date of first disbursement (Anticipated first disbursement date in the case of Brazil).

Note: In addition to the above projects, reference is also made in this report to other IDB projects which have a bearing on the Agency's evolving approach to Decentralization.

Table 1.2: Bolivia - IDB Case Study Projects Supportive of Decentralization - Basic Project Information: Objectives, Activities

Project or Program	Approval or Contract Date	IDB Financing (US$ million)
PRODURSA I: Global Program for Urban Sanitation and Development Loans 601/OC-BO, 846/SF-BO	1990	60.0

a. Objectives

Infrastructure
Provision of loans/grants via the *FNDR* for local urban investments and property records/cadastral surveys.

Institutional Strengthening

For the FNDR, as well as Local and Departmental entities.

b. Budget

non-Reeimbursable Technical Cooperation (Parallel)
ATN/SF3586-BO 1990 3.3

Objectives

Three sub-Programs to assist the Ministry of Urban Affairs, the Ministry of Planning and Coordination, and the National Fund for Regional Development.

PRODURSA II *
Loans 777/OC-BO, 914/SF-BO 1995 64.0

Infrastructure
Provision of loans/grants via the FNDR for Urban Infrastructure, Property Records.

Institutional Strengthening

Local Financial and Administrative Management;

Advisory Services to Public Enterprises;

Strengthening of the FNDR and Departmental Offices;
Sector Support: Privatization, Gender, Sanitation Sector Study

Strengths

The Credit component of **PRODURSA I** was ***"successful"***. It stimulated local investments and activities. It increased Potable Water in eight Urban Centers, established more the 85% Sewer coverage in five Centers, and contributed to Sanitary Waste Disposal in three. It also financed five Channelling and Drainage Projects and eleven Transportation Projects and contributed significantly to public investments in most of the departments where it was active.

Weaknesses

The results of **PRODURSA's** early efforts to improve cost recovery practices and assist in mobilizing local resources were more mixed. Although there were increases in tax income as a result of the use of administrative software developed in **PRODURSA's** institutional strengthening component, no cadastral/property record projects were supported because of the high costs. Also weaknesses in regulatory agencies not overcome.

Conclusions and Rating

PRODURSA II has tried to correct a lot of the problems encountered by **PRODURSA I.**

In addition, **PRODURSA I** set in motion a process of departmental development based on loans, rather than grants from the central government. For the reason, the overall rating is generally ***"satisfactory"***.

- Projects were not evaluated. However, aspects of their design were examined in order to discuss how the IDB's support for Decentralization had responded to changes or advances in Decentralization.

** First disbursement. Approval was in 1993.

Table 1.3 : Chile IDB Case Study Projects Supportive of Decentralization
Basic Project Information, Objectives, Activities

Project or Program	Approval or Contract Date	IDB Financing (US$ million)
Multiple Local Development Investment Program II **Loan 578/OC-CH**	1989	$156.0 (Revised)

Objectives

- To provide continuity in, and enlarge the scope of the Government's Social Investment Strategy, implemented through the National Fund for Regional Development.
- To further consolidate a process to Decentralize Public Administration, whereby responsibility was transferred to the regions and communes to:
  - identify their basic needs;
  - plan the requisite investments to meet these needs;
  - execute the corresponding works; and
  - manage and operate the resulting services.

Components

- **Infrastructure**

  - Financing, via the National Fund for Regional Development (FNDR) for:
    Local Infrastructure (Sanitation, Urban/Rural Roads, Rural Electrification) and Equipment (Education, Health).
- Institutional Support Program
  - Continuation of efforts to strengthen capacities of functionaries and beneficiaries in such areas as:

Methodologies for Preparing and Evaluating differing Sectoral Investments; contributing to the set up of an Integrated Project IDB that tracked activities through the project cycle at the national level;

Strengthening Inter-institutional Coordination between relevant agencies at the National and Regional levels; and

Developing a critical mass of Technical professionals with the capacity to better understand the various vehicles and technical issues related to the project cycle.

Other projects mentioned in the Case Study:

Multiple Local Development Investment Program I **(Loan 141/OC-CH, 1984)**

The ***Objective of Phase I*** were to raise the standard of living of the beneficiary population, particularly low-income groups, through social expenditures that best reflected the aspirations of the Communal, Provincial and Regional population.

Program called for additional staff and rationalized operation of services in Education, Health care, Sanitation and Highways.

Strengths
The number (2,290) of projects developed and financed by Loan 578/OC-CH represent a considerable achievement in terms of effectiveness and efficiency of the operation. Also noteworthy is the quality of the infrastructure built and the targeting of the infrastructure to all of the Regions within the Country. In addition, over 50% of the procurement was done under the system of international bidding, which brought uniformity into investment made by the regions.

Weaknesses
The institutional support and development component of the Loan was extremely important to accomplish one of the major objectives of the program, which was to further consolidate the process to decentralize public administration and transfer more responsibilities to the municipalities. This component was drastically cut, and the borrowers themselves felt that this component had not achieved its stated goals. Also, during the course of the project, FNDR funds were only partially correlated with the level of extreme poverty/poverty of the region.

Conclusions

Capable ministries are not built in a day. Neither are communities that will be active in pressing forth demands upon the central government. Given the quality and number of projects developed by the Loan, and the beginning of movements to strengthen administrative units and communities, this project receives a satisfactory rating.

Table 1.4: Guatemala - IDB Case Study Projects Supportive of Decentralization
Basic Project Information, Objectives, Activities

Project or Program	Approval or Contract Date	IDB Financing (US$ million)
Program to Upgrade Health Care Services*		
Loan 890/OC-GU	1995	25.0
(Parallel) Reimbursable Technical Cooperation*		
Loan 891/OC-GU	1995	13.5

Objectives

a. **Strengthening the Institutional Structure of MSPAS, includes:**

- ***Restructuring, Decentralization***, and Bolstering the Institutional Capacity of the Ministry while establishing Sector Coordination Mechanisms.

- ***Increasing Funding to the Sector*** and making better use of existing funds, specifically toward preventive care and programs, and away from costly, hospital-based care.

- ***Improving the Health Care Model*** which includes expanding coverage and community participation, as well as increasing Private Sector Participation in the delivery of Services and Programs.

- ***Better use of Public Hospitals*** and encouragement of alternative sources of financing for hospitals, such as cost-recovery mechanisms.

Components

- Restructuring Headquarters, including Decentralization of Decision making.
- Reorganization and Institutional Strengthening of the Pilot Health areas: Escuintla, Alta Verapaz and Chiquimula.
- Decentralized Financing, and
- System for Paying the Providers of Services

Strengths

The Guatemala Health Decentralization Reforms have had an auspicious beginning in that substantial provision have been made on a juridical and budgetary level with which to facilitate the reforms and seek additional financing.
The Ministry of Finance approved a Decree permitting health facilities to access and manage their fee revenues by establishing bank accounts and revolving funds that draw upon their deposits in what is called the Treasury Common Fund.
The Ministry is also working to streamline the budget process and simplify the budget formulation for Decentralized Departments.

Weaknesses

No action is apparent in the area of improved maintenance. In addition, the pilot projects rely on patient communities to be able to establish partnerships with the private sector and contract them for basic health care services, with the decentralized departments as the contracting agent. In addition, resources from the Social Investment Fund are to be accessed for the financing of community health programs. Although these appear to be sound program components, implementation will be difficult without extensive training of communities.

Conclusions

This Program has only recently been approved. It should be closely monitored to ensure that the various components come together.

* Projects were not evaluated. However, aspects of their design were examined in order to discuss how the IDB's support for Decentralization had responded to changes or advances in Decentralization

Table 1.5 Jamaica IDB Case Study Projects Supportive of Decentralization
Basic Project Information, Objectives, Activities

Project or Program	Approval or Contract Date	IDB Financing (US$ millions)
Health Services Rationalization Loan 579/OC-JA	1990	92.0

a. **Objectives**
- **Infrastructure**
  Hospital rehabilitation, construction and equipment.

b. **Training**
- Health Care professionals

c. **Managerial and Technical Support**
- For the Project's Executing Unit

Budget

a. **Non-reimbursable TC**
ATN/SF-3406JA 1990 3.0
b. **Objectives:**
c. ***Institutional Strengthening*** - Ministry of Health. Research activities in:
Organization, management and planning; Health care resources;
Clinical, Epidemiological Studies; and Health facilities and equipment maintenance.

Health Sector Reform Project *
Loan 1028/OC-JA 1997
26.0
a. **Objectives**

Institutional Strengthening

Strengthening of Ministerial policy-making and regulatory roles and
Decentralization of Operational responsibilities;
Human Resource Management and Training Programs;
Health Promotion and attending to Critical Service delivery gaps;
Pre investment studies for rationalizing health facilities; and
Program Administration.

Strengths

The Health Services Rationalization Project eventually managed to complete most of the physical works originally planned. The Health Sector Reform Project is supports a far more comprehensive program including assisting the government to define, implement and evaluate health reform and expand upon the 1989 project in such areas as decentralization, health services delivery and health promotion, health financing, human resources, and pre-investment.

Weaknesses

The Health Services Rationalization Project met with critical problems which resulted in costly overruns and lengthy delays. The time delays began with initial start up delays and continued as a result of design flaws, the absence of final designs, the discovery of needs for additional works and the often slow pace of construction. The project's executing unit was considered by the Bank to be seriously deficient. The Health Sector Reform Project, while trying to resolve many of the human resource problems and financial problems that have traditionally been present in the health sector, runs many risks because it is an innovative program in a country that has been slow to make bureaucratic decisions.

Conclusions

The Health Services Rationalization Project would have to receive a less than satisfactory rating. It is too early to know how the Reform Project will conclude. However, the IDB and Jamaica could help smooth the way by clearly identifying the risks of decentralization and monitoring them.

Projects were not evaluated. However, aspects of their design were examined in order to discuss how the IDB's Support for Decentralization had responded to changes or advances in Decentralization

Table 1.6: Mexico IDB Case Study Projects Supportive of Decentralization
Basic Project Information, Objectives, Activities

Project or Program	Approval or Contract Date	IDB Financing (US$ million)
Mexican Health Services Upgrading Program Loans 202/IC-ME, 788/SF-ME	1986	32.0 (Revised)

a. **Objectives**
-Infrastructure

Expand the health services infrastructure, with special emphasis on the Primary Level of care, in order to reach population groups that were without these services.

Strengthen and expand the system of Secondary-level establishments in localities where there was a marked deficiency of hospital beds for low-income population groups.

b. **Operating Capacity Development Component**
contribute to the improvement of the operating capacity of the health services of the SSA and the States.

c. **Decentralization**
Assist the process of Health Services Decentralization

Strengths
The reformulated program completed 100 Rural Health Centers serving concentrated populations and nine Rural Health Centers serving scattered populations. It also completed twenty-eight Urban Health Centers, and eight ***"second level"*** hospitals. The assignment of medical personnel to health centers followed the norms of the established SSA Centers, except regarding the assignment of nurses where the Program reached only 31% of the national average. The presence of health promoters at program units exceeded the national average. The construction of the ***"second level"*** hospitals permitted an important increase in the targeted areas. The constructions which were observed in the Evaluation Mission, the Hospital of Pochultla (Oaxaca) were very satisfactory and permitted adequate functioning and maintenance. The placement of the hospitals followed agreements made with each States' authorities and in each case were situated in non-Capital cities. The majority of Health Centers constructed began their operations in 1991 and had the immediate effect of increasing coverage to the open population. In addition, the distribution and location of the Health Centers finally completed is generally considered satisfactory in that 73% of these centers benefited individuals in dispersed rural areas. In terms of decentralization, the state level infrastructure for provision of health services was improved and the definition of an appropriate role in health for the State governments began.

Weaknesses
The September 1991 Program formulation reduced the number of first level health centers from the 340 initially planned to 137 to be constructed and equipped. This reduction had a significant effect on the degree to which the program was able to reach the targeted population. In fact, only 40% of the contemplated original program was completed. The reformulation was due to:

Insufficient funds,
weak institutional capacity of the Executing Unit,
the magnitude and complexity of the project,
technical and administrative deficiencies and insufficient follow-up on the part of the IDB, and
inability of the program executing unit to coordinate the different areas within SSA and to a lesser degree, the desire of the borrower to assume the role of co-executor without having the appropriate institutional structure.

In addition, a planned investigation and evaluation of health services and demand (with a view toward analysing by region and by service both the quality of the services and the social and epidemiological characteristics) was never done. This element would have contributed to a better understanding of the actual situation in regard to health services provision. Second, the training of health personnel in both administrative and technical fields was offered to just 320 individuals out of the originally planned 10,000. A third activity, the design and supervision of evaluation systems, was not in evidence in the sites visited. A fourth element, aimed at involving the community in an interested fashion in self-help at the individual and family levels was only intermittently implemented. The selected units visited did not have directive or consultative organisms where the community participates in the programming, making decision, evaluation, or control of health activities. In some cases, responsibilities for health care were transferred without to States resources for carrying them out. And, decentralization meant only transferring certain functions to the States, without putting them in a wider policy, technical and administrative context.

Conclusions

If a letter grade must be assigned to the Mexican Health Services Upgrade Program a ***"C"*** is about correct because some goals were accomplished, although many goals were not.

Table 1.7: Orientation of Analysis for Program Planning Purposes

Policy Level	What kind of political commitment and backing is there for decentralization (relevant indicators include resource allocation, legislation, seniority of personnel involved in the reforms, authority of key Sectoral organizations or input)? What are, and how clear are, the national laws and regulations regarding the division of responsibilities between central, intermediary and local authorities? What types of Decentralization processes are taking place (i.e, are responsibilities being *delegated, devolved, privatized*)? How does decentralization affect the distribution of resources and benefits between various regions and sub-groups? Are these issues being tracked? Are there effective monitoring and evaluation mechanisms at the relevant levels?
Sectoral Issues	How does Decentralization fit into the overall challenges, reforms or issues affecting the sector? Does the Decentralization process depend on, or is it affected by, reforms in other sectors? How does the Decentralization Reform affect or Integrate existing vertical programs?
Institutional Environment	Which tasks have been decentralized (i.e., decisions, planning, implementation, finances)? What is the financial basis for the (local) government or sectoral actions and are the funds sufficient for the implementation and sustainability of activities? Are existing technical and administrative capacities adequate for the assumption of decentralized responsibilities? Are existing technical and administrative capacities adequate for the assumption of decentralized responsibilities? What role does the country's Social Investment Fund(s) play in Decentralization?
Intergovernmental Relations	What are the responsibilities of each level, how do they interact? What mechanisms facilitate communications and coordination between government levels? How are conflicts managed and negotiated between levels?
Private Sector	What is the role of the private sector in decentralization? How are and how well are private sector activities regulated and what are the key issues?
Civil Participation	How actively and in what areas does Civil Society participate (i.e, formal or informal input to decisions, implementation, financial or in-kind resources, evaluation)? How will informed is the population about Decentralization and their rights in the process(es)? Which Civil Society groups are most active (i.e, Business, NGO, Community Groups, etc.)
Capacity Building	What types of Upgrading are occurring, at what key-levels and for which groups? Is there a critical mass of expertise in the sector and as regards Programming activities?
Other Donor Activities	Who are the key external actors in the Decentralization process? How are they contributing to the Decentralization process? What are the opportunities for collaboration, cooperation, complementarity?

Source: Based on Mr. Claudio Herzka and Ms. Judith Moe – IDB Consultants, 1997 and Norwegian Institute for Urban Regional Research 1996.

Dillinger, William. "Decentralization and its Implications for Urban Services Delivery". Urban Management and Municipal Finance (16). UNDP/UNCHS/The World Bank/IDB Urban Management Programme 1994.

Goodman, Margaret, Samuel Morley, Gabriel Siri and Elaine Zuckerman. "Social Investment Funds in Latin America: Past Performance and Future Role". March 1997.

Graham, Carol and Moisés Naim. "The Political Economy of Institutional Reform in Latin America". An excerpt from Nancy Birdsall, Carol Graham, and Richard Sabot. " Beyond Trade-Offs: Market Reforms and Equitable Growth in Latin America". Brookings Institute/IDB. 1998.

Deutshe Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GtZ): "Making Subsidiarity Work - Ten Years of GTZ Support for Democratic Decentralization Programs". Albrecht Stockmayer. Workshop on Democratic Decentralization: Experience and Ways Forward. OECD Development Centre. Paris. September 5-6, 1996.

Herzka, Claudio and Judith A. Moe. "Decentralization: The Challenges for Programming in South and Central America". Prepared for the South and Central America Divisions - Americas Branch. Canadian International Development Agency. 1997

Inter-American Development IDB:

1997a Enriching an Historic Partnership: Report of a Task Force on Guidelines for Future Action.

1997b TheUse of Social Investment Funds as an Instrument for Combatting Poverty: A Bank Strategy Paper.

1997c Perfil: México. Modernización del Sector Agua y Saneamiento en Zonas Rurales. Préstamo M0150.

Inter-American Development Bank/Evaluation Office (EVO):

1998a Brazil: "Decentralization in Health". Consultans Ian W. MacArthur and Cynthia Gilley. EVO Working Paper WP-9-97.

1998b Mexico: "Decentralization in Mexico: Trends and Challenges". EVO Working Paper WP-3/98.

1998c Guatemala: "Decentralization in the Health Sector". Loans 890/OC-GU, 891/OC-GU. EVO Document PPR-01/98.

1997a Jamaica's Health Sector. EVO Document PPR-20/97.

1997b "Implementing Bolivia's Laws on Popular Participation and Administrative Decentralization: Progress and Challenges". EVO Working Paper WP-5/97.

1997c Mexico: "Evaluation of the Mexican Health Services Upgrading Program". Loans 202/IC-ME, 788/SF-ME, Project ME-0159. EVO Document PPR-05/97.

1997d PRODURSA I: "The Global Program for Urban Development and Sanitation in Bolivia". Loans 601/OC-BO, 846/SF-BO. EVO Document PPR-1/97.

1996.a Chile: "Decentralization in Chile - A Strategy to Promote Efficiency in Capital Investment Financing for Social Services". EVO Working Paper WP-9/96.

1996.b Chile: "Multiple Local Development Investment Program". Loan 578/OC-CH. EVO Document PPR-5/96.

Sector Summary "Evaluation of Social Investment Funds". EVO Document RE-220-1/97.

Summary Evaluation Report "IDB Activities in Support of Public Sector Reform". EVO Working Paper WP-3/95.

Morgan, Peter and Ann Qualman. "Institutional and Capacity Development, Results-Based Management and Organizational Performance". Prepared for the Political and Social Policies Division, Policy Branch, CIDA. 1996.

Organization for Economic Cooperation and Development - Development Assistance Committee. DAC Expert Group on Aid Evaluation.

Evaluation of Programs Promoting Participatory Development and Good Governance - Synthesis Report prepared by the United States for the Workshop on Democratic Decentralisation: Experience and Ways Forward, OECD Development Centre. Paris, September 5-6, 1996.

Peterson, George E. "Decentralization in Latin America - Learning through Experience". The World Bank 1997.

Tussie, Diana. "The Multilateral Development Banks: The Inter-American Development Bank", Volume 4.The North-South Institute. Ottawa. 1995.

DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO DO GASTO PÚBLICO COM SAÚDE NO BRASIL

Solon Magalhães Vianna*
Sérgio Francisco Piola**

* Consultor do Ipea/Dipos
** Coordenador Geral de Políticas Setoriais do Ipea/Dipos

DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO DO GASTO PÚBLICO COM SAÚDE NO BRASIL

Solon Magalhães Vianna*
Sérgio Francisco Piola**

1 .INTRODUÇÃO

A questão do gasto com saúde, sobretudo no setor público, até recentemente, objeto apenas de debates e análises intrasetoriais, parece ter entrado definitivamente no campo de interesse de administradores e economistas em geral, em particular daqueles voltados à temática fiscal. Essa saudável ampliação de espectro se deve, não só à dimensão social da questão mas também à crescente importância dos serviços de saúde no próprio sistema econômico.

No setor público como um todo esses serviços são, no caso brasileiro, o terceiro item mais importante do gasto social de gasto depois da previdência social e educação (Fernandes *et alli*, 1998). No âmbito das famílias, as despesas com saúde comprometem percentuais crescentes da renda (Pof/IBGE, 1996). No campo empresarial, sobretudo no setor mais moderno, a assistência médica aos empregados, se, por um lado, é um fator positivo importante para a produtividade da mão da obra e para a própria imagem da empresa, por outro agrega um item de custo que, eventualmente, pode afetar a competitividade de seus produtos. Como é sabido, a proteção social à força de trabalho está longe de ser preocupação de muitos países que conosco competem no mercado internacional sobretudo de manufaturados.

Este texto discute as principais mudanças na gestão do gasto com saúde no Brasil, particularmente do componente público, no contexto do processo de reforma sanitária orientado pelas diretrizes introduzidas pela Constituição Federal de 1988. A dimensão do país, sua organização política federativa e a característica descentralizada de seu sistema de saúde, permitem óticas distintas para avaliação da gestão do gasto público. Neste documento a opção foi por um ângulo de visão a partir do governo central.

Os dois capítulos que a este seguem contextualizam a discussão. O primeiro deles (capítulo 2) trata dos antecedentes, características e evolução do processo de reforma sanitária brasileira. O segundo (capítulo 3) cuida especificamente da descentralização, sua base jurídico- institucional e as formas de gestão descentralizada segundo as quais o sistema público de saúde procura se adaptar às diversidades regionais. A dimensão econômica do setor, os aspectos relativos ao conceito de gasto público com saúde e a participação das três esferas de governo nessas despesas conformam as três primeiras partes do capítulo 4. As três últimas focalizam o financiamento federal com destaque para a estratégia de financiamento da descentralização.

---

* Consultor do Ipea/Dipos
** Coordenador Geral de Políticas Setoriais do Ipea/Dipos

A questão da eqüidade no que se refere ao financiamento e ao acesso ao sistema de saúde bem como os principais resultados alcançados pelo processo de reforma sanitária correspondem, respectivamente, aos capítulos 5 e 6. A última parte do texto (capítulo 7) contém os principais desafios e perspectivas da reforma, em especial quanto aos aspectos tratados anteriormente.

O trabalho, além de utilizar-se da bibliografia relacionada ao final, está basicamente ancorado em dois estudos anteriores elaborados pelo Ipea com a participação dos autores. O primeiro - *O Brasil na virada do milênio (Trajetória do crescimento e desafios do desenvolvimento)* foi publicado em 1997. O segundo, *Subsídios ao Relatório de Gestão do Poder Executivo (1994-1998)* permanece inédito mas sua utilização parcial neste texto foi autorizada pelo Ipea***.

2. O PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA

2. 1. Antecedentes

A presença do estado na assistência médico-hospitalar remonta, no Brasil, a 1923 quando foi criada a Previdência Social. Até então, o Poder Público concentrava seus esforços na provisão de bens públicos como o controle de doenças transmissíveis, endêmicas e epidêmicas, e a vigilância sanitária. Incluindo, desde o início, a provisão de serviços médico-assistenciais entre suas prestações, a previdência social incorporou, gradualmente, todos os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho urbano. Aqueles que não pudessem custear o próprio atendimento – população rural, trabalhadores do mercado informal e desempregados -, dependiam da assistência, bastante limitada, provida diretamente pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, agências municipais equivalentes e, sobretudo, de entidades filantrópicas.

Depois da incorporação da população rural como beneficiária da previdência social no início dos anos sessenta, somente na segunda metade da década seguinte, surgiram outras iniciativas importantes na busca da universalização do acesso aos serviços de saúde. A mais importante delas, em 1974, estendeu o atendimento médico previdenciário a qualquer pessoa em situação de emergência fosse ou não contribuinte do sistema.

Dessa forma, foi entre 1965 e 1980 que a cobertura dos serviços públicos de saúde registrou maior crescimento. Em 1964, apenas 22% da população brasileira era beneficiada pela assistência médica provida pela Previdência Social. No início dos anos 80 praticamente toda a população brasileira tinha acesso, amplo ou limitado, a algum tipo de serviço médico provido ou subsidiado pela Previdência Social. Em 1971 3,2% da população tiveram atendimento hospitalar custeado pela Previdência Social, enquanto o atendimento ambulatorial chegava a uma taxa de 0,5 consultas por habitante/ano. No

*** Além de Solon M. Vianna e Sergio Francisco Piola, participaram da elaboração desse último documento Carlos Octávio Ockle Reis, Frederico Augusto Barbosa da Silva e Roberto Passos Nogueira, todos técnicos do Ipea/Dipos.

último ano da década de setenta a atenção hospitalar previdenciária tinha subido para 8,8% da população e o atendimento ambulatorial para 1,3 consultas médicas por habitante/ano.

Apesar desse aumento de cobertura, parcela considerável da população ainda continuava sem acesso aos serviços médico-assistenciais[1]. A vinculação da assistência médico-hospitalar individual e das funções de saúde coletiva (especialmente o controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária e epidemiológica), respectivamente, ao sistema previdenciário e ao Ministério da Saúde (diretamente ou através das secretarias estaduais de saúde), por sua vez, fragmentavam a responsabilidade institucional pela provisão dos serviços de saúde. (Barros, M. E. *et alii*, 1996).

A década de 80 foi bastante fértil para o processo articulação intrasetorial envolvendo sobretudo os ministérios da saúde e da previdência e as secretarias estaduais de saúde. A ênfase racionalizadora da política de saúde da época tinha como motivação central ajustar a cobertura médico-previdenciária às restrições no financiamento impostas pela crise econômica do início dessa década. Uma das estratégias adotadas foi a ampliação da atuação indireta da previdência mediante convênios com as secretarias de saúde.

Dentro dessa moldura político-institucional e na esteira do processo de redemocratização do país emergiu, a partir de 1985, um amplo movimento político setorial tendo como pontos de destaque a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) convocada pelo Ministério da Saúde (1986) e a atuação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada pelo MS por recomendação da VIII Conferência, culminando no projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional de 1988.

Uma das mais importantes inovações da Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988 foi a instituição do conceito de seguridade social - *"um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social"* (C.F. Art. 194).

Na área da saúde a Constituição de 1988 consolidou as transformações que já vinham se configurando desde meados da década de setenta, (i) reconhecendo a saúde como direito social, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde (C. F., Art. 196); (ii) estabelecendo um novo paradigma para a ação estatal na área, ao determinar como diretrizes do Sistema Único de Saúde o atendimento integral, a descentralização político administrativa e a participação comunitária (Art. 198, I, III).

Embora mantendo a competência concorrente das três esferas de governo - cuidar da saúde e da assistência pública (C. F., Art. 23, II) - o município foi o único ente federativo ao qual foi atribuída a missão constitucional de prestar serviços de atendimento à saúde da população. À União e aos Estados cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (CF, art. 30, VII).

---

[1] No início dos anos 80 estimava-se que cerca de 30 milhões de brasileiros não tinham acesso regular aos serviços médico-assistenciais.

Naturalmente, num país onde os municípios são muito heterogêneos nos aspectos demográficos [2], econômicos, financeiros e administrativos era de se esperar, como se verá mais adiante, que a descentralização ocorresse num processo gradual e pactuado, uma vez que a grande maioria das municipalidades não têm condições de assumir, abruptamente a responsabilidade prevista no texto constitucional

2. 2. Perfil do Sistema Único de Saúde (Sus)

CONCEITO E ESTRUTURA -Criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, o SUS é composto por agências públicas dos três níveis de governo organizados em rede regionalizada e hierarquizada com comando único em cada nível de governo exercido pelo MS, secretarias estaduais e municipais de saúde. Como acontecia com a assistência médica previdenciária, de quem o SUS herdou a cultura organizacional, o setor privado participa do sistema único em *"caráter complementar com prioridade para as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativo"* (C. F., Art.199, § 1º).

DIMENSÃO E COBERTURA - Sob a ótica de seu ordenamento jurídico, o SUS é um sistema universal, gratuito e de atendimento integral (*all inclusive benefit package)* que proporciona perto de 70% dos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados à população brasileira. Em 1997 prestou cerca de 11,8 milhões de internações (8% da população e cerca de 320 milhões de consultas (2 consultas por habitante/ano).

Na prática, contudo, o SUS só é utilizado, como provedor exclusivo, por apenas 38% da população. Agregando à esse percentual os usuários freqüentes, ainda que não exclusivos, a cobertura sobe para 58%. Esse percentual é bem mais alto nas regiões mais pobres (Norte e Nordeste) do que nas mais ricas (Sul e Sudeste). A importância social do sistema público de saúde fica ainda mais patente quando se constata que somente 12% da população (5% na região Nordeste) recorrem, exclusivamente, ao setor médico privado não vinculado ao SUS.

Tabela 2. 2. I -Brasil: Distribuição percentual, por macroregião dos usuários de serviços de saúde segundo o tipo de serviço que utiliza
1998 (fevereiro)%

Tipo de usuário	Norte/C. Oeste	Nordeste	Sul	Sudeste	BRASIL
SUS exclusivo	39	51	32	33	**38**
SUS freqüente	20	23	17	19	**20**
Privado freqüente	10	8	20	20	**16**
Privado exclusivo	11	5	12	17	**12**
SUS/privado	5	5	11	6	**6**
Não vai a médico	6	4	3	3	**3**
Não sabe/não opinou	10	4	5	2	**4**

Fonte: IBOPE, Pesquisa de opinião pública sobre a saúde pública,, Fev.,1998

[2] O Brasil possui 5.507 municípios, deste total 1407 (cerca de 25%) possuem menos de 5.000 habitantes.

MECANISMOS DE ARTICULAÇÃO TÉCNICO POLÍTICA - O redesenho institucional do sistema público de saúde acarretou a criação de fóruns de negociação entre os principais atores setoriais, fortalecendo a capacidade de coordenação e favorecendo as decisões consensuais. Os dois mecanismos de coordenação com vistas à ação integrada entre os gestores do sistema de saúde são:

I. Comissão Intergestores Tripartite (Cit), no nível federal, composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A Cit está vinculada ao Conselho Nacional de Saúde;

II. Comissão Intergestores Bipartite (Cib), uma em cada estado é composta por representantes das secretarias estaduais e municipais de Saúde. Às Cibs cabe a função de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras das relações estado e municípios e municípios entre si na construção do SUS.

MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL - A "*participação da comunidade*" uma das diretrizes constitucionais (C. F., Art. 198, III) para a organização do sistema único de saúde propiciou a criação de dois mecanismos de controle da sociedade (*accountability mechanisms*) sobre as políticas públicas: os Conselhos e as Conferências (nacional, estaduais e municipais) de Saúde criadas pela Lei n^0 8142/90. Nesses fóruns os representantes dos usuários ocupam metade dos postos; a outra metade é formada pela representação dos provedores de serviços (governo, profissionais de saúde e setor médico-hospitalar privado).

EXERCITANDO O CONTROLE SOCIAL

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um órgão colegiado permanente de caráter deliberativo, presidido pelo Ministro da Saúde, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, tendo por finalidade atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política nacional de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros

Funcionando regularmente – reuniões ordinárias uma vez por mês – o CNS, ao mesmo tempo em que participa na formulação, monitoramento e avaliação das políticas setoriais, delibera entre outros assuntos sobre Planos de Ação, Proposta Orçamentária do MS, Normas Operacionais Gerais do SUS, organização e normas de funcionamento das Conferências Nacionais de Saúde e convocação desse fórum em caráter extraordinário; Projetos de Lei de interesse setorial e criação de novos cursos de formação de profissionais de saúde.

Dispondo de uma Secretaria executiva, o CNS conta também com comissões intersetoriais integradas por representantes de ministérios e outros órgãos oficiais, bem como de entidades representativas da sociedade civil (Lei 8080/90, Art. 12).

A criação desses colegiados na saúde, fez progressos. Em menos de 6 anos foram instalados conselhos de saúde em todos os estados e em 3.031 municipalidades (55% do total de municípios) Atualmente, quase todos os municípios contam com conselho. A

Conferência Nacional de Saúde, precedida de fóruns similares estaduais e municipais - a partir da VIII CNS em 1986 com a representação de vários segmentos sociais -, tem sido convocada a cada quatro anos com o propósito de avaliar a situação de saúde e oferecer diretrizes para a formulação da política setorial.

INTRUMENTOS DE REGULAÇÃO - O peso relativo do setor privado na prestação de serviços, tanto o vinculado ao SUS como o autônomo, e o mercado brasileiro de produção e comercialização de medicamentos são áreas que mais fortemente exigem mecanismos eficazes de regulação. Nesse sentido, as iniciativas mais importantes são a criação de uma agência federal de vigilância sanitária e a regulamentação das modalidades de pré pagamento da assistência médica.

A importância da primeira decorre da impossibilidade política de retardar ação objetiva do Poder Público depois dos sucessivos episódios de falsificação de medicamentos denunciados pela mídia e da evidência quanto o anacronismo da estrutura específica do MS para lidar com esta e outras questões no campo da vigilância sanitária (Vecina, 1998). A relevância da imposição de regras ao mercado dos *planos* de saúde, decorre não só da cobertura que essas modalidades assistenciais alcançaram nos últimos anos, mas sobretudo do contexto, também com ampla repercussão na opinião pública, de desproteção dos mais de 40 milhões de usuário desses planos.

2. 3. O papel do-setor privado

Apesar de o Sus ser de acesso universal ele não é a única forma de atendimento utilizada pela população como mostra a Tabela 2.2.I. Ao redor de 41 milhões de pessoas sem perder o direito de acesso ao sistema público, recorrem ao setor médico privado seja mediante pagamento direto, seja por intermédio da compra de planos e seguros de saúde[3]. Além disso, as empresas, sobretudo as de maior porte, têm Planos de Saúde para seus empregados e dependentes [4].

Estima-se que a dupla cobertura SUS/setor privado ocorra não só no acesso a bens públicos, como os serviços de vacinação, mas em relação a procedimentos de alto custo não incluídos no *menu* dos *planos* de saúde, esquema que a nova regulamentação, como já mencionado, procura regular. Mas no próprio Sus, o setor privado a quem caberia apenas complementar a cobertura oferecida pelo setor público (C. F., Art 199, § 1º) é amplamente majoritário na oferta de serviços hospitalares onde detém quase 70% dos leitos. O fato de percentual similar não se repetir na assistência ambulatorial, onde a rede pública é hegemônica, sugere que a tendência universal de limitar do papel do estado na saúde ao financiamento e a regulação ainda não está nítido no caso brasileiro.

---

[3] A Pesquisa de Orçamento Familiares realizada em 1996 (POF/IBGE) nas nove regiões metropolitanas e duas capitais (Brasília e Goiânia), indicou que as famílias gastam 6,5% do seu orçamento com saúde.

[4] Em 1996, o faturamento da chamada "Saúde Suplementar" que engloba os Planos, Seguro-Saúde e serviços administrados diretamente por empresas (auto-gestão) foi estimado em R$ 16 bilhões (2,1% do PIB).

3. O SUS E A GESTÃO DESCENTRALIZADA

3.1. Fundamentos constitucionais

A promulgação de uma nova Constituição em 5 de outubro de 1988, além de formalizar o retorno ao regime democrático, instituiu a base jurídica que direciona as políticas sociais segundo duas vertentes:

(i) do estado para a sociedade civil e para o setor privado; no campo da saúde esta vertente se expressa na diretriz constitucional de *"participação da comunidade"* no Sus (C. F. Art.198, III) e na participação de instituições privadas nesse sistema com prioridade *"para as entidades filantrópicas e sem as sem fins lucrativos."* (C. F. Art. 199, § 1º);

(ii) (ii) da União (Governo Federal) para os entes subnacionais (Estados e Municípios;

Nesta segunda vertente, a Constituição teve duplo impacto nas relações entre os três componentes da federação (União, Estados e Municípios)[5]:

- alterou a partilha tributária, enfraquecendo relativamente a União em favor de Estados e Municípios; no começo da década de setenta, em pleno apogeu do regime autoritário e graças a uma reforma tributária centralizadora realizada em 1967, a União detinha 66,4% da receita disponível. Esse percentual desceu para 56,4% em 1996.

Tabela 3.1. I - Brasil: Distribuição percentual da receita disponível* por esfera de governo 1974/1995

Receitas Públicas (%)

Nível de Governo	1974	1995
Federal	66,4	56,2
Estadual	26,3	27,2
Municipal	9,2	16,6

Fonte: Varsano *et alli* – Uma Análise da Carga Tributária do Brasil. IPEA (Texto para Discussão nº 583). Rio de Janeiro, agosto de 1998.
*Receita disponível é igual à arrecadação do nível de governo mais ou menos transferências intergovernamentais obrigatórias.

[5] Na América Latina outros três países latino americanos, além do Brasil, adotam o regime federativo de governo: Argentina, México e Venezuela. Nos demais existem departamentos e outras agências descentralizadas do governo central sem a mesma autonomia das instâncias subnacionais inerente ao sistema federativo. O Brasil entretanto, parece ser o único país no qual federação é composta não só de Estados, mas também de Municípios. Na prática isto significa que as funções de estado são compartilhadas pelos três níveis de autoridade - a União federal, os Estados e os Municípios -, sem qualquer subordinação e desfrutando de autonomia política, administrativa e financeira.

- ampliou as competências específicas do município sobretudo na área social. A competência para manter programas de educação pré-escolar, de ensino fundamental e de prestar serviços de atendimento à saúde da população, historicamente diluída entre União, Estados e Municípios, tornou-se explicitamente municipal com a nova Constituição. Segundo a Carta anterior, o município tinha poderes para organizar "*serviços públicos locais*". A nova Constituição tornou essa última competência mais específica. À União e ao Estado cabe, nesses setores (educação pré-escolar, ensino fundamental e saúde), prestar cooperação técnica e financeira ao Município (C. F., Art. 30, VI e VII). A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, bem como o amparo à crianças e adolescentes carentes, por sua vez, passaram a ser atribuições compartilhadas entre Estado e Município (C. F., Art. 204, I e II).

Essas mudanças, até certo ponto radicais em um país de forte tradição centralista, não eximiram o governo central de atribuições no campo social. Apenas começaram a alterar o perfil de sua atuação, na medida em que retiram as agências federais da execução de ações e programas tipicamente estaduais e locais para concentrá-las em questões nacionais e no apoio aos entes subnacionais. Mesmo assim, o governo central é responsável pelo sistema nacional de seguro social, por cerca de 63% do financiamento da assistência à saúde [6] e pela grande maioria das universidades e escolas técnicas públicas.

3.2. Evolução do processo

A partir da vigência da Constituição de 1988 a implantação de um sistema de saúde tendo como diretrizes básicas a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, o atendimento integral com ênfase na prevenção e a participação popular, tornou-se a grande prioridade setorial.

A regulamentação efetiva do SUS só veio a ocorrer em 1990 (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90). Entretanto, os avanços mais consistentes só começaram a aparecer a partir dos anos seguintes com a implementação das duas Normas Operacionais Básicas (Nob/1/91 e Nob 1/93).

Em 1996 um passo adicional importante foi dado nesse processo longo e descontínuo. Trata-se da edição da Norma Operacional Básica 1/96 que introduz mudanças significativas nos mecanismos de financiamento nas formas de adesão dos governos sub nacionais ao SUS.

Um ponto comum dessas Nobs diz respeito ao fato de que todas resultaram de um processo de discussão e pactuação entre as três esferas de governo, pautadas pelo entendimento de que a descentralização de competências e responsabilidades deve ser efetivada de forma negociada e gradual, diante da diversidade de situações que caracteriza o perfil dos entes federativos. Neste sentido, um dos objetos preferenciais dessas regulamentações tem sido as *modalidades de gestão*, que configuram graus diferenciados

[6] Na década de oitenta a média foi de 75% (Barros, Piola & Vianna, 1995)

de responsabilidades e de autonomia na operação do sistema de saúde nos estados e municípios.

Outra faceta importante da descentralização da saúde no Brasil é a intensificação do processo de formação dos *consórcios intermunicipais*[7], o surgimento de experiências gerenciais inovadoras e a expansão de estratégias voltadas para o aumento da cobertura e reordenamento do modelo assistencial como os programas de agentes comunitários de saúde (PACS)[8] e de saúde da família (PSF)[9].

A primeira Nob foi elaborada em 1991 e teve como principais efeitos o estabelecimento de tetos financeiros e de cobertura, por estado, para a assistência hospitalar e ambulatorial, e a extensão da forma de pagamento por procedimentos aos provedores públicos. Até então este mecanismo restringia-se aos provedores privados.

Em 1993, para atender a heterogeneidade econômica e administrativa dos estados e municípios foram criados três estágios para a gestão estadual e municipal - *incipiente, parcial e semiplena* - que representavam etapas progressivas de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão. A condição de *gestão semiplena* caracterizava uma autonomia ampla, em que era atribuída às secretarias de saúde *total responsabilidade* sobre a prestação de serviços. Quando habilitados nessa forma de gestão, as secretarias dos estados e municípios passavam a receber mensalmente do Ministério da Saúde (MS) o total de recursos necessários para custear a assistência ambulatorial e hospitalar. Nas outras duas modalidades (gestões incipiente e parcial), o MS continuava a mediar, em alguma extensão, os pagamentos efetuados aos provedores públicos e privados.

Sob orientação normativa da Nob/1/93, em três anos (até 27 de janeiro de 1997), cerca de 62,8% dos municípios brasileiros foram habilitados em uma dessas três modalidades de gestão descentralizada (Tabela 3.2.I) . Esse percentual variou de 14% nos estados da Região Norte até 74% na região Sudeste. Mas, apenas 2,9% dos municípios escolheram o estágio mais avançado de gestão descentralizada. A grande maioria dos municípios optou por estágios menos avançados de gestão, possivelmente por temor ao risco de descontinuidade nos repasses federais

---

[7] Os consórcios intermunicipais são parcerias entre municípios geograficamente próximos - em alguns casos com a ajuda dos governos estaduais - cujo objetivo é suplementar a oferta de especialidades médicas, serviços hospitalares e outros recursos, sobretudo os de maior densidade tecnológica, inacessíveis para um dos consorciados isoladamente. No início de 1988 existiam 109 consórcios, com quase 1.400 municípios consorciados.

[8] O PACS, com o concurso de auxiliares de saúde, promove a extensão de serviços básicos de saúde em áreas rurais e pequenas localidades. Até maio de 1998, o programa atuava em 2.727 municípios, por intemédio de cerca de 64.500 agentes, cobrindo 38,7 milhões de habitantes.

[9] O PSF é composto por equipes multidisciplinares (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que se responsabilizam pelas necessidades básicas de saúde de 2.400 a 4.000 pessoas, de acordo com as características de cada localidade. Até agosto de 1988, o programa atendia 366 municípios, com 2.621 equipes, proporcionando assistência a 9 milhões de pessoas.

Tabela 3. 2. I- Número e percentual de municípios habilitados, segundo as diferentes modalidade de gestão previstas na Nob/MS/1/93 por região
1997

Região	Total de municípios	Condição de gestão						Total de Habilitados	
		Incipiente		Parcial		Semiplena			
		Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%	Freqüência	%
Norte	398	34	8,5	16	4,0	6	1,5	56	14,1
Nordeste	1.559	851	54,7	39	2,5	33	2,1	923	59,2
C.Oeste	428	164	38,3	64	14,9	9	2,1	237	55,4
Sudeste	1.553	800	52,2	261	17,0	78	5,1	1.139	74,3
Sul	1.058	518	49,0	236	22,3	18	1,7	772	73,0
BRASIL	**4.976***	**2.367**	**47,7**	**616**	**12,4**	**144**	**2,9**	**3.127**	**62,8**

Fonte: MS/SAS/DAPS/ Coordenadoria de Desenvolvimento e Avaliação de Serviços de Saúde
*Em 1997 foram criados mais 531 municípios

Em novembro de 1996, mudanças importantes - previamente negociadas entre as três instâncias de governo -, foram introduzidas pela NOB/1/96. No caso dos municípios, as três formas de gestão municipal criadas pela NOB/1/93 foram transformadas em duas: *(i) gestão plena da atenção básica;* e *(ii) gestão plena do sistema municipal.* O município que não aderir a nenhuma dessas duas formas de gestão continua na condição de "*prestador",* sendo remunerado por procedimento, obedecidos os tetos respectivos

Quando enquadrado na *gestão plena de atenção básica* o município passa a ser responsável pela atenção primária, vale dizer, pela provisão, por intermédio de suas próprias unidades e/ou contratando serviços com o setor privado, de um menu de atividades que incluem ações de alcance coletivo e procedimentos individuais de caráter médico-ambulatorial nas especialidades básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e pequenas cirurgias ambulatoriais).

Por sua vez, o município enquadrado na condição de *gestão plena do sistema municipal de saúde*, tem autonomia para editar normas sobre o pagamento de serviços em seu território, inclusive alteração de valores de procedimentos médicos, tendo, contudo, a tabela nacional como referência mínima. É responsável, por outro lado, pela programação. controle e remuneração dos serviços produzidos localmente, seja qual for o provedor.

A meta do MS para o final de 1998, era a transferência para 3.300 municípios a responsabilidade pela assistência básica e habilitar 700 outros na gestão plena dos respectivos sistemas locais de saúde. No primeiro caso a meta foi ultrapassada antes do primeiro semestre desse ano. No segundo, o grau de cumprimento da meta alcançava

64%, em novembro desse ano, o que significa que 91,7% (5.049) dos municípios brasileiros[10] passaram a exercer o comando de seus serviços de saúde, principalmente os de atenção primária.

Tabela 3.2.II - Brasil: municípios habilitados segundo a condição de gestão, por região 1998[1]

Estados	Total de municípios	Pleitos aprovados por condição de gestão			%
		GPAB*	GPSM**I	Total	
Norte	449	340	36	376	83,7
Nordeste	1.787	1.504	96	1.600	89,5
Sudeste	1.666	1.298	257	1.555	93,3
Centro oeste	446	424	19	443	99,5
Sul	1.159	1.034	41	1.075	92,7
BRASIL	**5.507**	**4.600**	**449**	**5.049**	**91,7**

Fonte: MS (Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação de Implementação da Descentralização).

*Gestão Plena da Assistência Básica
** Gestão Plena do Sistema Municipal
[1] Posição em 24 de novembro de 1998

Nos primeiros seis meses de 1998 o MS já tinha transferidos para 4.664 municípios habilitados nas duas formas de gestão descentralizada recursos correspondentes a cerca de 30% do dispêndio federal com assistência médico-ambulatorial no mesmo período (Tabela 3. 2. III)

Tabela 3. 2.III - Brasil: Recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos 4.664 municípios enquadrados nas modalidades de gestão descentralizada previstas na NOB/1/96 1998 *

Modalidades de gestão	Recursos transferidos	
	Em R$ 1.000,00	%
Gestão Plena da Assist. Básica	328.263	32,3
Gestão Plena do Sistema de Saúde	690.335	67,7
Total	**1.018.598**	**100**

Fonte: MS (Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação de Implementação da Descentralização).
*Posição em 22 de junho.

O papel dos governos estaduais foi revisto pela NOB 1/96, que prevê, para estas instâncias federativas. duas modalidades de gestão - *Gestão Avançada e Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde* - com as respectivas responsabilidades e requisitos. Nessa última modalidade de gestão o MS transfere à Secretaria Estadual de Saúde o valor do Teto

[10] Correspondendo a 89,7% da população.

Financeiro de Assistência (TFA), deduzidas as transferências feitas diretamente aos municípios habilitados em uma das duas formas de gestão municipal.

Ao contrário do que se verifica para os municípios, ainda é pouco significativa a adesão dos estados ao novo papel que lhe foi reservado no SUS. Até setembro de 1998, somente duas unidades da federação, Alagoas e Distrito Federal, foram habilitadas (Gestão Plena do Sistema Estadual) pela Nob/1/96.

Um dos efeitos relevantes introduzidos pela NOB 01/96 foi o de ampliar a responsabilidade dos gestores estaduais e locais em relação aos recursos federais que lhe são transferidos. As antigas modalidades *incipiente* e *parcial*, embora incentivassem o aumento da produção de serviços, criavam expectativas e pressões por mais recursos federais fortalecendo, nas instâncias subnacionais, a cultura do provedor privado remunerado segundo a quantidade e densidade tecnológica dos procedimentos. Ao contrário, quando enquadrado em qualquer das duas modalidades de gestão plena, ao gestor público, estadual ou local, ficam bem evidentes os limites dos repasses federais face às necessidades de financiamento do sistema local, o que gera um incentivo natural à contenção de custos, ao uso de recursos próprios e uma maior responsabilidade pela gestão dos serviços;

4. DESCENTRALIZANDO O FINANCIAMENTO

4.1. Aspectos gerais

Estimativas tidas como conservadoras por seus autores (Correia, S., Piola, S. & Arilha, M., 1998) informam um gasto nacional (público e privado) com saúde no Brasil ao redor de R$ 50 bilhões, ou seja o equivalente a 7% do PIB – praticamente o mesmo percentual da Argentina (de Flood, 1998) e um *per capita* superior a R$ 320,00. O gasto público setorial consolidado em 1995 (Fernandes, M.A.C. *et alli*, Gasto Social Consolidado – 1995 IPEA, jun., 1998) - ano mais recente para o qual estão disponíveis informações mais confiáveis sobre as esferas subnacionais de governo -, foi ordem de R$ 21,7 bilhões milhões, ou 3,3% do PIB, correspondendo a um *per capita* de RS$140,00. O gasto privado, isto é, das famílias e das empresas, estimado por Correia, Piola e Arilha, por sua vez, é da ordem de R$27,2 bilhões, superando portanto o gasto público.

Possivelmente poucos países com sistemas de saúde de acesso universal apresentam um gasto com saúde tão baixo quanto o Brasil e com tal predomínio do gasto privado sobre o público. No início dos anos noventa a situação era inversa: o gasto público com saúde era o dobro do gasto privado. Em valores *per capita* a despesa nacional chegava a ser quase 15 vezes inferior a observada no Canadá e pouco menos de oito vezes o gasto do Reino Unido para tomarmos como referência apenas esse dois países de economia de mercado e paradigmáticos em sistemas sanitários de acesso universal. Como percentual do PIB, as diferenças são também expressivas. (Tabela 4. 1. I). Comparações entre os dados da tabela e as estimativas para anos mais recentes podem, no entanto, estar prejudicadas por eventuais diferenças na disponibilidade de informação.

Tabela 4. 1. I – Indicadores de despesa com saúde em países com sistemas de saúde de acesso universal selecionados
1990

Sistema de saúde universal	Gasto *per capita*/ano com saúde (US$1.00)	% do Pib	
		Gasto público	Gasto privado
Canadá	1.945	6,8	2,4
Reino Unido	1.039	5,2	0,9
BRASIL	132	2,8	1,4

Fonte: World Bank – World Development Report (Investing in Health. World Development Indicators), 1993

O crescimento relativo do setor privado, um fenômeno aparentemente universal nestes novos tempos de globalização e liberalismo pode ser atribuído, no caso brasileiro, a um conjunto sinérgico de fatores como: (i) a hegemonia histórica do setor privado na oferta de serviços de saúde, um contexto não vivenciado pelos países com modelos consolidados de atenção a saúde de acesso universal, a (ii) política de ajuste fiscal que não tem poupado o sistema público de saúde a despeito da escassa contribuição do setor ao déficit público (MS, 1998); e a (iii) importância que a sociedade atribui a questão saúde [11],levando inclusive à migração de parte significativa da classe média do setor público para as modalidades privadas de pré-pagamento

4.2.Como é apurado o gasto público com saúde ?

No caso brasileiro, convivem dois critérios de apuração do gasto federal com saúde. O primeiro, mais simples e ágil, considera apenas os gastos do Ministério da Saúde. O MS e o próprio Conselho Nacional de Saúde [12] trabalham com esse critério. O segundo, metodologicamente mais refinado, adotado pelo IPEA na apuração do gasto social, considera as despesas:

(i) do MS excluídos os gastos com saneamento - mesmo quando realizados pelo próprio Ministério -, pagamento da dívida interna e externa e com inativos e pensionistas,[13] ;

[11] Essa evidência é mensurável tanto pela freqüência e destaque com que temas setoriais, em geral vinculados ao acesso e à qualidade dos serviços, aparecem na mídia, como pelos resultados de pesquisas de opinião que apontam a saúde como a questão mais importante depois do desemprego (IBOPE, Pesquisa de Opinião fev., 1998)

[12] O CNS acompanha mensalmente a execução orçamentária do MS desagregada em cerca de cinqüenta itens de despesa

[13] Embora excluídas da despesa com saúde, os pagamentos da dívida e de inativos pensionistas são apurados à parte. Na apuração do gasto social Saneamento e Previdência constituem áreas sociais individualizadas. O mesmo acontece com Alimentação e Nutrição; a despeito de ser um Sub Programa típico do Programa Saúde (Função Saúde e Saneamento) essa categoria é considerada separadamente dado o peso expressivo da alimentação escolar, um programa do MEC cujos

(ii) as despesas com saúde de outros Ministérios (com destaque para o MEC) [14] e outras agências federais, com exceção das empresas públicas. Estão excluídas também as despesas com assistência médico hospitalar a servidores públicos e dependentes. Dados preliminares para 1998 apontam um gasto *per capita* federal com o Sus inferior a R$ 100,00, enquanto com a assistência médica e hospitalar de seus funcionários e dependentes chega a R$288,00 (excluída a participação de cada servidor), sem considerar as despesas dos Poderes Legislativo e Judiciário, seguramente bem mais altas que as do Poder Executivo.

Esse mesmo critério vem sendo adotado pelo IPEA na consolidação do gasto público com saúde (União, estados e municípios).A padronização de conceitos e critérios é essencial, sem o que ficam prejudicadas comparações internacionais ou mesmo entre instâncias de governo dentro de cada país.

4.3. Participação das três esferas de governo

O Sus é financiado exclusivamente com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e do Municípios (C.F. Art. 198, Parágrafo único). No início dos anos 80 a União respondia por 75% do gasto público com saúde, os Estados por 18% e o conjunto dos municípios por apenas 7%. A nova partilha tributária introduzida pela Constituição de 1988, que favoreceu os níveis subnacionais em detrimento do governo central, e a ênfase, depois de 1993, na descentralização do SUS, contribuíram para alteraram essa distribuição relativa. (Tabela 4. 3. I).

Tabela 4. 3. I- Brasil: Gasto público com saúde segundo nível de governo
1995

Em R$ correntes

Origem	Total (Em R$1000,00	%	*Per capita* (Em R$ 1,00)	% do PIB
União	13.686.375	63,0	87,9	2,1
Estados	4.493.100	20,6	28,8	0,6
Municípios	3.558.048	16,4	22,8	0,5
TOTAL	**21.737.522**	**100**	**139,5**	**3,2**

Fontes: SIAFI/SIDOR para União; DECNA/IBGE e STN/DIVEM para estados e municípios. Elaboração: Ipea/Dipos

objetivos – evitar o absenteísmo e melhorar o aprendizado – são fundamentalmente educacionais e não sanitários.

[14] A maior parte do orçamento dessas unidades é oriunda da prestação de serviços ao Sus remunerados por produção. O pagamento de cada internação em hospital universitário ou de ensino é acrescido de um percentual que pode alcançar a 75% a título de incentivo a ensino e pesquisa. Por essa razão e porque, de um modo geral, respondem por uma oferta de maior densidade tecnológica, os hospitais universitários embora tenham uma capacidade instalada inferior a 10% do total da rede Sus, absorvem 22% dos recursos federais destinados ao custeio dos serviços assistenciais (Levcovitz, 1999)

4. 4 Gasto do Ministério da Saúde

O gasto do MS, utilizado nesta análise como *proxy* do gasto federal com saúde, alcançou em 1997 seu patamar mais elevado, depois de um comportamento irregular nos três anos precedentes, tanto em valores absolutos como *per capita* (Tabela 4 4. I). Como percentual do PIB, a taxa, no período, teve pouca variação, com exceção de 1996 (1,9%).

Tabela 4. 4. I - Brasil: Gasto do Ministério da Saúde, total, *per capita* e como percentual do PIB

1994-1997

Anos	Total em R$ milhões correntes	Total Em R$ mil de dez., 97 [1]	Base 1994=100	*Per capita*	% PIB
1994	7.627	12.729	100	89,42	2,2
1995	14.937	18.506	145	109,60	2,3
1996	14.376	15.855	124	93,60	1,9
1997	18.568	19.036	149	115,90	2,3

Fonte: Siafi/Sidor Elaboração Ipea/Dipos.

[1] Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI da FGV (Critério de caixa)

[2] GSF: Gasto Social Federal.

A maior parte dos dispêndios do Ministério da Saúde tem sido realizada pelo subprograma Assistência Medica e Sanitária, que inclui os pagamentos dos serviços ambulatoriais e hospitalares. Entre 1995 e 1997, a participação desse subprograma nos gastos totais do Ministério da Saúde foi, em média, de 58,7%. O pagamento de inativos e pensionistas (EPU) e a dívida interna[15] também absorvem montante considerável de recursos: 11,3% e 6,7%, em média, entre 1995 e 1997, respectivamente.

É bastante baixa, por outro lado, a participação nos gastos de subprogramas como Controle de Doenças Transmissíveis e de Saneamento Básico (Tabela 1.2.I). As restrições financeiras, geralmente repercutem em quase todos os ítens de gastos, mas sistematicamente as atividades que acabam sendo mais prejudicadas são as de interesse coletivo e aquelas onde é menor o poder de vocalização dos beneficiários. Em 1996, por exemplo, os subprogramas de Alimentação e Nutrição e Controle de Doenças Transmissíveis foram os que tiveram as maiores reduções de recursos (Tabela 4.4.II).

[15] Basicamente amortização de empréstimos contraídos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – Fat, para o financiamento de despesas de custeio.

Tabela 4. 4. II – Brasil: Evolução dos gastos do Ministério da Saúde, por subprograma, 1995 - 1997.

Em R$ milhões de dez.97 [1]

Subprograma	1995		1996		1997	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Alimentação e Nutrição	156,8	0,8	37,9	0,2	104,5	0,5
Assist. Méd. Sanitária	10.212,2	55,2	9.803,7	61,8	11.324,3	59,5
Cont.D.Transmiss..	326,4	1,7	157,8	1,0	485,0	2,5
Vigilância. Sanitária	4,6	0,0	5,1	0,0	20,4	0,1
Medicamentos	648,2	3,5	375,1	2,4	721,5	3,8
Saneamento	72,4	0,4	61,0	0,4	160,3	0,8
EPU*	1.846,6	9,9	1.626,2	10,2	1.590,0	8,3
Dívida. Interna	1.557,0	8,4	471,6	2,9	1.534,2	8,0
Outros	3.682,2	19,9	3.316,6	20,9	3.095,8	16,3
Total	**18.506,4**	**100**	**15.855,0**	**100**	**19.036,0**	**100**

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração IPEA/DIPOS

[1] Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI da FGV

* Encargos previdenciários da União

Esse comportamento se repete na execução orçamentária. Nos nove primeiros meses de 1998, por exemplo, vários programas tiveram execução variando de nula (vigilância sanitária) a menos de 50%, para uma execução esperada da ordem de 70% (tabela 4.4.III). Dois fatores podem explicar esse desempenho: (i) a tendência a restringir investimentos quando faltam recursos para custeio e (ii) dificuldades burocráticas. Salvo as atividades de Controle de Endemias, na sua quase totalidade ainda sob execução direta do MS e o projeto do sistema nacional de vigilância sanitária que simplesmente não decolou, os demais envolvem despesas de capital e/ou dependem da assinatura de convênios com estados e municípios. Todos sem exceção não tem o mesmo poder de pressão de itens de despesa (CNS, 1998) como amortização da dívida (90% de execução) hospitais próprios do MS (entre 67 e 81%) e pagamento pessoal (67%).

Tabela 4. 4. III – Brasil: Execução orçamentária de projetos e atividades selecionados do Ministério da Saúde com percentual de execução inferior a 50% até setembro de 1998.

Projeto/atividade	% de execução	Projeto/atividade	% de execução
Leite [1]	14,5	Sangue e hemoderivados [2]	4,7
Medicamentos [1]	38,4	Reequipamento da rede [2]	4,0
Infra estrutura [2]	8,2	Vigilância sanitária [3]	-
Controle endemias	49,5	Saneamento básico	19,5

Fonte: MS/Conselho Nacional de Saúde, set.,1998

[1] Aquisição e distribuição [2] Investimentos

[3] Projeto de implementação do sistema nacional de vigilância sanitária

Por outro lado, a disponibilidade real do MS não corresponde aos totais mostrados nas tabelas anteriores. Quando se exclui do total dos gastos do Ministério da Saúde as despesas com o pagamento de dívidas observa-se que os recursos efetivamente

disponíveis para o financiamento dos serviços de saúde ficam substancialmente menores. A redução é ainda maior quando se elimina o gasto com inativos e pensionistas (EPU).

Tabela 4. 4. IV - Brasil: Despesa total, despesa sem dívida e despesa sem dívida e EPU do Ministério da Saúde.
1995 - 1997

Em R$ milhões de dez.97 [1]

Tipo de despesa	1995		1996		1997	
	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice
Total	18.506,4	100	15.855	100	19.036	100
Sem Dívida	16.660,0	90	14.229	89	17.446	92
Sem Dívida e EPU	15.102,8	82	13.757	87	15.912	84

Fonte: Siafi/Sidor Elaboração Ipea/Dipos

[1] Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI da FGV

Entre 1994 e 1997, do total de recursos financeiros alocados ao Ministério da Saúde, apenas 2,9% foram alocados para investimentos, enquanto 91,0% se destinaram a despesas de custeio e 6,1% ao pagamento de empréstimos internos e externos (Tabela 4.4.V).

Tabela 4. 4. V – Brasil Execução financeira (%) do Ministério da Saúde, por grupo de despesas

1994 – 1997

Ano	Custeio	Investimento	Dívida
1994	82,3	4,3	3,3
1995	88,0	2,8	9,2
1996	94,9	1,6	3,6
1997	88,7	2,8	8,4
Média	**91,0**	**2,9**	**6,1**

Fonte: Siafi/Sidor

Tabela 4. 4. VI – Brasil: Evolução da execução financeira do Ministério da Saúde, por grupo de despesas (1994 = 100)

1994-1997

Ano	Custeio	Investimento	Dívida	Total
1994	100	100	100	100
1995	137	93	394	144
1996	128	47	130	125
1997	144	99	377	150

Fonte: Siafi/Sidor

No período 1995-98, duas iniciativas do governo federal tentaram compensar a carência de recursos orçamentários para investimentos. A primeira de iniciativa do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)), tendo como principal fonte de financiamento o Fundo de Amparo do Trabalhador (Fat) e a segunda conduzida pelo MS por intermédio do Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus).

No BNDES, a despeito do baixo montante financeiro alocado entre os anos de 1990 e 1997, a tendência foi de crescimento, sobretudo a partir de 1994. Enquanto em 1990 investiu-se U$S 3,5 milhões, no ano de 1997 este valor subiu para, aproximadamente, US$ 60 milhões.

O BNDES ampliou suas operações na área da saúde, estando previstos investimentos da ordem de R$ 486,2 milhões em 1998. Apesar de até o mês de junho, apenas 1/3 do total (R$ 160,4 milhões) ter sido contratado ou estar em fase final de análise para contratação, esse valor é quase o triplo dos investimentos realizados em 1997. Nota-se também que entre os proponentes encontram-se não só cooperativas médicas e empresas hospitalares que operam no mercado, como também instituições filantrópicas, historicamente relevantes provedores do setor público (SUS). Há, portanto, boas razões para crer que essa linha de investimento, não disponível na carteira dos bancos privados, possa vir a ser tornar um dos instrumentos de política de investimento em saúde mais importantes do governo federal (Tabela 4. 4. VII)

Tabela 4. 4. VII – Brasil: Financiamentos contratados pelo BNDES com entidades privadas de saúde
1998

Em R$ milhões de 1996

Entidade beneficiada	Valor do financiamento
Incor (São Paulo)	55,6
Hemorio (Rio de Janeiro)	24,9
Unimed (São Paulo)	24,6
Medial Alvorada (São Paulo)	14,8
Santa Casa (Porto Alegre)	12,5
Clínica Dr. Eiras (Rio de Janeiro)	12,2
Unimed (João Pessoa)	8,2
Hospital Mário Penna (Rio de Janeiro)	7,6
TOTAL	**160,4**

Fonte: Ipea/Dipos _ Subsídios para Relatório de gestão (1994-1998) Não publicado

O projeto Reforsus, resultado de acordos de empréstimos firmados com o Banco Mundial (US$ 300 milhões) e com o Bid (US$ 350 milhões), está dividido em duas grandes áreas: (i) o componente I, voltado diretamente para a ampliação e melhoria da rede física oficial; e (ii) componente II, que abrange iniciativas institucionais visando a inovações no campo administrativo e gerencial do Sus.

O componente I atende as seguintes áreas programáticas:

(i) readequação física e tecnológica da rede de serviços do SUS, com ênfase nas áreas de assistência perinatal, ao parto e puerpério e, serviços de urgência e emergência em grandes áreas urbanas;.

(ii) Programa de Saúde da Família (PSF);

(iii) ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede de hematologia e hemoterapia;

(iv) ampliação da capacidade e melhoria da qualidade do atendimento ambulatorial da rede pública.

O teto financeiro definido pelo projeto Reforsus para cada estado da federação na área "*readequação física e tecnológica*", mostra uma clara preocupação com a eqüidade. O *per capita* dos estados da região Norte (R$ 3,00 a R$ 3,70) chega a ser 2,3 vezes mais alto do que o destinado ao Paraná, estado bem melhor contemplado pela política alocativa do MS (Tabela 4.4.VIII). O critério alocativo utilizado – 70% em função da dimensão demográfica do estado e 30% de maneira inversamente proporcional ao gasto *per capita* do custeio das ações e serviços hospitalares e ambulatoriais em 1995 -, busca dois objetivos: (i) garantir a igualdade da despesa *per capita* ao ter como um dos parâmetros o tamanho da população; (ii) discriminar positivamente as unidades da federação às quais o MS alocou menos recursos financeiros em termos *per capita.*

Tabela 4. 4. VIII – Brasil: Distribuição dos recursos financeiros do Componente I do Projeto Reforsus por estado
1998

Estado	Total (R$1,00)	%	% da população	*Per capita*
Paraná	14.285.289,03	3,9	5,6	1,60
São Paulo	58.191.487,36	15,9	21,6	1,70
Distrito Federal	3.396.749,09	0,9	1,1	2,00
Rio de Janeiro	26.357.034,88	7,2	8,5	2,00
Rio Grande do Sul	19.787.505,35	5,4	6,2	2,10
Minas Gerais	36.958.845,60	10,1	10,6	2,20
Goiás	9.892.010,39	2,7	2,8	2,30
Paraíba	8.294.720,23	2,3	2,1	2,50
Piauí	6.796.619,71	1,9	1,8	2,50
Ceará	16.750.802,14	4,6	4,3	2,50
Santa Catarina	12.118.443,18	3,3	3,1	2,50
Pernambuco	18.731.042,23	5,1	4,8	2,50
Mato Grosso do Sul	5.057.893,82	1,4	1,2	2,60
Maranhão	14.238.916,86	3,9	3,4	2,70
Mato Grosso	6.306.783,00	1,7	1,5	2,70
Rio Grande do Norte	7.530.250,67	2,1	1,7	2,90
Alagoas	7.891.918,38	2,2	1,7	2,90
Tocantins	2.997.657,18	0,8	0,7	3,00
Espírito Santo	8.307.161,72	2,3	1,8	3,00
Sergipe	5.051.908,16	1,4	1,0	3,20
Bahia	40.593.250,96	11,1	8,1	3,20
Amazonas	7.606.475,43	2,1	1,5	3,30
Rondônia	4.449.440,95	1,2	0,9	3,30
Roraima	879.199,69	0,2	0,2	3,40
Acre	1.627.955,60	0,5	0,3	3,60
Pará	19.666.887,08	5,4	3,5	3,60
Amapá	1.208.751,32	0,3	0,2	3,70
BRASIL	**168.868.921,70**	**100,0**	**100,0**	**2,30**

Fonte: Projeto Reforsus, 1998

4.5. Fontes federais de financiamento

O Sus é financiado com recursos públicos originários de Contribuições Sociais e impostos gerais (recursos ordinários do Tesouro) do Governo Central (União), e de Impostos dos Estados e dos Municípios. Ao contrário do que ocorre em outros países que adotam sistemas universais de atenção a saúde a participação dos impostos gerais no financiamento é residual. A quase totalidade dos recursos federais destinados ao MS é proveniente de Contribuições Sociais vinculadas à Seguridade Social (Tabela 4. 5. I).

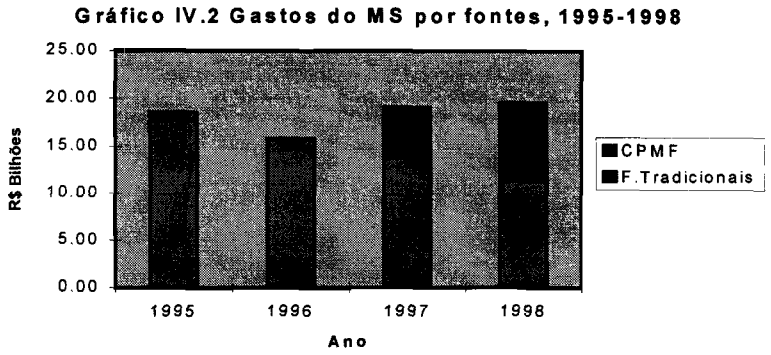
Tabela 4. 5. I - Brasil : participação relativa das principais fontes de financiamento do Ministério da Saúde 1994-1997

Fontes	1994	1995	1996	1997
RECURSOS ORDINÁRIOS DO TESOURO	1,0	3,2	0,2	1,04
TÍTULOS TESOURO E OPER. DE CRÉDITO	3,3	11,7	12,6	3,31
RECEITAS PRÓPRIAS DO MS	2,5	2,5	2,5	2,4
CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	50,9	69,00	63,0	72,9
Sobre o lucro das pessoas jurídicas	14,1	20,2	20,8	19,4
Sobre o faturamento das empresas	36,8	48,7	42,2	25,6
Sobre movimentação financeira (CPMF)	-	-	-	27,9
FUNDO SOCIAL DE EMERGÊNCIA	33,4	11,7	17,9	19,62
OUTR AS FONTES	8,9	1,9	3,8	0,82
TOTAL	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: Ipea/Dipos

Uma das medidas mais importantes para o financiamento setorial foi a criação da Contribuição sobre a Movimentação Financeira - CPMF, em 1996. Apesar de ter sido criada para ser fonte de recursos adicionais e estar sendo integralmente alocada ao Ministério da Saúde, a CPMF não proporcionou o incremento esperado nos recursos setoriais, em decorrência da redução da participação de outras fontes que tradicionalmente financiam o setor (Gráfico 4. 5. 1).

Gráfico 4. 5. I



4. 6. O financiamento da descentralização

As mudanças mais importantes no financiamento do Sus, particularmente no que se refere as modalidades descentralizadas de gestão, começaram a ocorrer a partir de 1991 com a criação de tetos físicos e financeiros disciplinando a alocação de recursos federais para as unidades federadas. Assim, no caso das internações foi estabelecido um limite de 0,1 internação por habitante/ano. Para a atenção ambulatorial passou a prevalecer o teto financeiro com base no critério populacional.

Desde então o processo de descentralização ganhou impulso. Como visto no capítulo 3, das 5.507 municipalidades, 449 já são responsáveis pela *gestão plena do sistema municipal* e 4.600 pela *gestão plena da atenção básica*. Mas, a despeito desses avanços, a maior parte da remuneração dos atendimentos ambulatoriais não cobertos pelo Pab e das internações hospitalares ainda é feita pelo governo federal (Ministério da Saúde) em função serviços produzidos.

Nessas duas formas de gestão descentralizada, os municípios recebem do governo federal um valor mensal determinado e passam ser responsáveis pela atenção ambulatorial e hospitalar integral ou apenas pelo componente de atenção primária de seus cidadãos. O município enquadrado na *gestão plena da atenção básica* recebe mensalmente recursos federais [16] correspondentes ao Piso de Atenção Básica (Pab), constituído por um valor *per capita* nacional (R$10,00 por habitante/ano) multiplicado pelo número de habitantes do município. Não há exigência formal de contrapartida de recursos locais, mas os municípios devem informar ao Ministério da Saúde o quanto despendem com recursos próprios.

O Pab deve financiar as seguintes ações de atenção primária:

- pronto atendimento
- consultas médicas em especialidades básicas, clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria;
- atendimento odontológico básico (procedimentos preventivos individuais e coletivos, dentística e cirurgia odontológica básicas);
- atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e médio;
- atendimento domiciliar por membros da equipe de saúde da família;
- vacinação;
- atividades educativas comunitárias;
- planejamento familiar e assistência pré-natal;
- assistência ao parto domiciliar por médico do Programa de Saúde da Família;
- pequenas cirurgias ambulatoriais;
- atividades de agentes comunitários de saúde;
- orientação nutricional e alimentar, ambulatorial e comunitária;

---

[16] Portarias nºs 1882, 1883, 1884 e 1885/GM/MS de 18/12/97.Os valores referentes ao PAB - parte fixa e incentivos - são transferidos aos municípios, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

O valor fixo do Pab pode aumentar se o município tiver acesso aos *incentivos* que visam estimular e ampliar ações específicas de atenção básica à saúde. Foram definidos incentivos para seis atividades:

- Programa de Agentes Comunitários de Saúde- Pacs (R$ 2.200,00 por agente/ano)
- Programa Saúde da Família (PSF); (R$ 28.000,00 por equipe/ano);
- Assistência farmacêutica básica;
- Ações básicas de vigilância sanitária;
- Ações básicas de vigilância epidemiológica; e
- Programa de Combate às Carências Nutricionais.

O município habilitado para a *gestão plena do sistema municipal* também recebe recursos globais, de forma regular e automática, correspondente ao Teto Financeiro Global, além dos incentivos já referidos. O montante inicial transferido corresponde à média dos gastos com serviços ambulatoriais e hospitalares dos últimos anos. Também nesse caso, deve informar o quanto despendeu com saúde com recursos próprios, mas, da mesma forma que na *gestão plena da atenção básica*, não há exigência de contrapartida local.

5. A QUESTÃO DA EQUIDADE

Ancorada nos princípios da universalidade, igualdade no acesso e integralidade da atenção, a assistência à saúde ainda se faz de forma pouco eqüitativa entre as diferentes regiões e grupos sociais, em virtude dos padrões de financiamento vigentes e da distribuição da capacidade instalada (recursos físicos e humanos).

Embora a cobertura hospitalar, por exemplo, tenha sido razoavelmente equilibrada nos últimos anos, as regiões Sul e Sudeste, as mais afluentes, concentram os serviços de maior densidade tecnológica necessariamente os de maior custo. Do total de centros de referência em quatro especialidades selecionadas apenas 6% estão no Norte/Nordeste onde residem 36% da população (Tabela 5.I). Essa distribuição da oferta e a maior possibilidade dos estados e municípios das regiões mais ricas aportarem mais recursos próprios, explicam por que o gasto público *per capita* nas duas primeira regiões não só se situa acima da média nacional como é quase duas vezes superior ao observado no Norte e Nordeste, as regiões mais pobres (Tabela 5.II).

Tabela 5. I – Brasil: Número, total e nas regiões Norte/Nordeste, de centros de referência médica selecionados
1995

Especialidades	Brasil (a)	Norte/Nordeste (b)	% b/a*100
Câncer	145	10	6,9
Cardiologia	157	8	5,1
Ortopedia	117	8	6,8
Transplante renal	111	6	5,4
Total	**530**	**32**	**6,0**

Fonte: MS – Saúde no Brasil – Assessoria Técnico-Gerencial, Brasília, 1997, 195 p.

Tabela 5. II- Brasil: gasto público *per capita* em saúde por região
1995

Em R$ 1,00 correntes

Região	União	Estados	Municípios	Total
NO	61,0	29,7	4,7	95,5
NE	56,2	17,5	12,3	85,9
SE	78,8	39,0	35,3	153,1
S	77,4	10,7	24,2	112,3
CO	80,8	52,6	4,8	138,1
Brasil	**87,9**	**28,8**	**22,9**	**139,6**

Fonte:IBGE/Decna
Elaboração: Ipea/Dipos

O Pab é a tentativa mais recente na busca de maior eqüidade no gasto *per capita*. Contudo, para que esse objetivo fosse alcançado o seu valor teria de ser fixado tendo em conta as necessidades e possibilidades (desiguais) de cada municipalidade. Um valor nacional único anula esse objetivo. De qualquer forma, .embora o critério adotado não seja eqüitativo foi a forma de consenso encontrada no âmbito da Cit (ver Cap. 2.2), pois impede que os municípios percam receita, uma possibilidade sempre presente quando se adota, em um ambiente de desigualdades históricas, critério de partilha vocacionado para a eqüidade.

Não obstante, a adoção do Pab teve algum efeito redistributivo .Segundo tabulação especial feita pelo Ministério da Saúde, em 1996, antes do Pab portanto, cerca de 70% (3.860) dos municípios brasileiros, com uma população total ao redor de 118,4 milhões (74% do total) receberam menos de R$ 10,00 por habitante ano para o custeio das ações básicas. Metade deles recebeu um valor *per capita* entre zero e R$ 4,99 por habitante/ano. Em contrapartida, outros 1647 municípios (30%), com uma população de 41,2 milhões, receberam entre R$ 10,00 e R$ 18,00 por habitante/ano para a mesma finalidade. Com a vigência da nova NOB, nenhum município receberá menos do que R$10,00 nem mais do que R$18,00.

Como o critério dos repasses federais para os 449 municípios habilitados *na gestão plena do sistema municipal*, foi baseado nos valores que vinham recebendo (série histórica), consolidaram-se grandes variações não explicadas pela lógica das necessidades. Para esses municípios foi previsto um montante da ordem de R$ 3,4 bilhões o que representa uma média de R$ 67,47 habitante/ano. As variações regionais são expressivas com nítido favorecimento das regiões mais ricas (Tabela 5.III)

Tabela 5. III – Brasil: valor *per capita* médio previsto para os municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal
1998

Indicadores	Brasil	NO	NE	SD	S	CO
Municípios	**449**	36	96	257	41	19
Per capita	**67,47**	48,17	58,45	64,99	101,00	85,88
Menor valor	**10,52**	14,37	20,91	10,52	24,69	19,07
Maior valor	**200,42**	77,49	130,23	158,99	200,42	126,91

Fonte MS/SPS
Elaboração Ipea/Dipos

6. ALGUNS RESULTADOS

ACESSO E COBERTURA - O SUS tem dado passos importantes desde sua regulamentação em 1990 (Leis nº 8080 de setembro e nº 8142 de dezembro). Alguns dos resultados alcançados foram surpreendentemente rápidos. É o caso da redução das desigualdades inter-regionais na cobertura assistencial. No apogeu da assistência médica previdenciária, no final dos anos setenta, a cobertura hospitalar nas duas regiões mais pobres, Norte e Nordeste, era de apenas 5,8% e 5,0%, respectivamente, enquanto que no Sul e Sudeste, mais ricos, chegou a 14,9% e 11,2. Em 1997, a cobertura no Norte e Nordeste foi de 7,2 % e 7,9% decrescendo nas regiões Sul (8,6%) e Sudeste (7,4%). queda possivelmente compensada pelos sistemas de medicina supletiva concentrados nessas duas regiões. [17]

O atendimento ambulatorial, contudo, aumentou ligeiramente, chegando em 1995 a 2,08 consultas por habitante/ano no país como um todo, mantendo-se as desigualdades inter-regionais. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste o indicador foi superior a 2 consultas/habitante/ano (2,5 no Sudeste). No Norte (1,07) e Nordeste (1,69), onde a oferta é mais reduzida, a cobertura foi bem menor. Nessas duas regiões registraram-se apenas 19% do total de consultas em 1997.

Persistem contudo dificuldades de acesso sobretudo para atendimentos especializados. Supõe-se que o problema tenha menor intensidade nos demais casos já que 80% da população conta com algum tipo de serviço próximo de sua residência. O percentual menor nas região Norte/Centro Oeste pode ser explicado pelo fato de se tratar de regiões, sobretudo a primeira, com densidade demográfica bastante inferior as demais.[18]

---

[17] A medicina supletiva corresponde às formas de planos e seguros saúde que não tem vinculação com o SUS. A população atendida, parcial ou integralmente, por esse sistema subiu de 22,4 milhões em 1987, para mais de 40 milhões em 1998.

[18] Um indicador eloqüente do problema da distância está no fato de as estatísticas nacionais, geralmente, não incluírem a população rural da região Norte em função da sua inacessibilidade. Nessa região, que tem mais alta taxa de população rural (42,2% do total), a densidade demográfica é de apenas 2,9 habitante por Km^2 (1,2 no estado de Roraima) ou seja, cerca de 25 vezes inferior a densidade da região Sudeste (72,3 $hab/^2$). (Benfam, 1996).

Tabela 5. IV - Brasil: Percentual, por região, de pessoas que informaram contar com Posto de Saúde, Hospital ou Pronto Socorro públicos próximo de casa 1998 (fevereiro)

Macroregião	%
Norte/Centro Oeste	70
Nordeste	80
Sul	81
Sudeste	82
BRASIL	**80**

Fonte: IBOPE, Pesquisa de Opinião Pública sobre a saúde pública,, Fev.,1998

Embora não seja adequado usar serviços de vacinação como *proxy* de atenção primária [19], o percentual de pessoas que informaram ter acesso fácil a vacinação de rotina sugere, pelo menos, expressiva redução de desigualdades. Salvo na região Norte e Centro Oeste, pela razão já apontada, nas demais as taxas são equilibradas sendo que no Nordeste e Sul os valores são superiores a média nacional. A taxa mais alta observada na região nordeste, a mais pobre do país parece refletir o resultado de política de investimento do MS que tem priorizado essa região na ampliação da rede de serviços básicos de saúde.

Tabela 5. V. - Brasil: Percentual, por região, de pessoas que informaram ter tido fácil acesso sempre que procuraram serviço de vacinação de rotina 1998 (fevereiro)

Macroregião	%
Norte/Centro Oeste	78
Nordeste	88
Sul	87
Sudeste	84
BRASIL	**85**

Fonte: IBOPE, Pesquisa de Opinião Pública sobre a saúde pública,, Fev.,1998

Há também bons indícios de que a implementação do SUS tenha ampliado o acesso dos mais carentes aos serviços de saúde. A suposição decorre do fato de a cobertura médico-hospitalar financiada pelo setor público ter decrescido pouco nos últimos anos, enquanto entre 1987 e 1995, os *planos e seguros* privados de saúde (medicina supletiva), aumentaram em mais de 50% o número de seus associados.[20]

---

[19] No Brasil, o conceito de atenção primária envolve alguma forma de atenção médica. Os serviços de vacinação, operados por pessoal de nível elementar sob supervisão a distância, não requer a presença do médico.

[20] A população atendida pela *medicina supletiva* passou de 22,4 milhões em 1987, para mais de 40 milhões em 1998, fazendo com que a cobertura dessa modalidade assistencial privada se aproxime dos 25% da população; antes da criação do SUS era inferior a 17%. Enquanto isto a cobertura hospitalar do SUS tem-se se mantido inferior a 10% (menos de 8% em 1996 e 1997) e o atendimento ambulatorial, também na média nacional, está em torno de 2 consultas/*per capita*-ano.

Essa constatação sugere a ocorrência de uma certa forma de troca ou substituição de clientela, caracterizando o que se chama de *universalização excludente* (Faveret Filho, P & Oliveira, P. J. de, 1989) : *"deixaram"* o sistema público aqueles que dispõem de algum tipo de *plano* de saúde privado (autocusteado ou como *fringe benefit* proporcionado pelo respectivo empregador), entrando em seu lugar os trabalhadores do mercado informal, os desempregados e mesmo a população rural que passou a ter direito aos mesmo serviços antes oferecidos apenas a população urbana segurada da previdência social.[21] De qualquer forma, não deixa de representar um irônico paradoxo, na vigência de um sistema público fundado na universalização do acesso, que o início do seu processo de implantação coincida com o crescimento acelerado de sistemas privados.

Ademais, inquérito de opinião pública realizada pelo IPOBE em fevereiro de 1998, por demanda do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), revelou resultados interessantes: 90% das pessoas entrevistadas disseram reconhecer que o acesso aos serviços do SUS é um direito garantido pelo governo, mas apenas 42% afirmam que esse direito funciona na prática (este percentual sobe para 55% na faixa de renda mais baixa, de até 2 salários mínimos).

ARTICULAÇÃO SETORIAL - O impacto positivo mais evidente e imediato do processo de reforma sanitária talvez tenha ocorrido no campo da articulação e coordenação de ações entre as esferas de governo. O componente de racionalização organizacional inerente a reforma do sistema de saúde, com destaque para os mecanismos de articulação discutidos no capítulo 2.2, praticamente eliminaram as ações paralelas, superpostas, quando não conflitantes, que durante décadas caracterizaram o sistema de saúde brasileiro.

CONTROLE SOCIAL A despeito dos avanços na criação de instrumentos de *accountabiliy* (capítulo 2.2), o funcionamento dos conselhos de saúde parece ainda distante dos objetivos de sua criação, embora faltem estudos qualitativos em escala nacional. As limitações desses instrumentos de participação social residem na escassa tradição participativa na cultura nacional e das práticas político-clientelísticas ainda vigentes em muitas localidades. No âmbito federal, reconhecidamente bem estruturado e contando com apoio técnico-administrativo adequado, o CNS não é imune a uma apreciação crítica. Alguns de seus membros admitem que o colegiado teria um excesso de atribuições e competências que se exercidas em sua plenitude engessariam a gestão

---

[21] A explicação pode parecer um excesso de simplificação, mas está amparada em alguns números bastante coincidentes: o número de *"desassistidos"*, estimados em cerca de 30 milhões nos anos oitenta, é inferior à atual clientela da medicina supletiva. Mas, como se sabe, o afastamento da classe média do SUS é parcial, já que a lógica da exclusão inerente aos planos privados tende a discriminar, sobretudo, idosos e pacientes crônicos. Ademais, de um modo geral, até o advento da sua regulação, estavam expressamente excluídos do menu dos planos de saúde, entre outros, os casos de tratamento crônico de diálise e hemodiálise, doenças congênitas, mentais, infecto-contagiosas ou que possam ter sido contraídas antes da adesão ao plano ou seguro, além de medicamentos fora do regime de internação bem como próteses e órteses. Tais procedimentos constituem um dos maiores itens de despesas do SUS.

nacional do Sus; outras competências são meramente cartoriais, como a aprovação da tabela nacional de remuneração de serviços adotado pelo Sus.

REGULAÇÃO - As medidas regulatórias sobre a medicina supletiva entram em vigor em 1999. Entre as inovações introduzidas na legislação estão a (i) faculdade do usuário optar por plano hospitalar (com ou sem obstetrícia), ambulatorial e odontológico ou pelo conjunto, o chamado *plano de referência*; (ii) ausência de limites na duração das hospitalizações (inclusive em UTI); (iii) inclusão de procedimentos de alto custo (hemodiálises, quimioterapia, radioterapia, transplantes de rins e córneas), e do tratamento de doenças infecto-contagiosas e mentais bem como lesões auto-inflingidas; (iv) cobertura do recém nascido até trinta dias depois do parto; (v) transferência ao *plano* do ônus da prova quanto a doença pré existente a adesão ao plano e (vi) limite nos reajustes dos prêmios: o valor pago pelas pessoas com mais de 60 anos não poderá exceder a seis vezes ao que pago pelos mais jovens.

DESCENTRALIZAÇÃO - O sistema público de saúde hoje é, certamente, bem mais descentralizado do que era no passado recente. Há amplo consenso no âmbito setorial segundo o qual o processo de descentralização ao propiciar maior autonomia local na gestão da saúde, além de produzir impacto positivo nos indicadores básicos de saúde coletiva [22], tem estimulado:

- maior possibilidade de desenvolvimento de inovações locais, compatíveis com as características da população beneficiária;
- o crescimento da participação do orçamento local para saúde, atribuível, em grande parte, a pressão dos usuários que tende a focalizar-se sobre o Prefeito com o objetivo de suprir a insuficiência do repasse federal [23];
- a redução de fraudes e desperdícios, seja porque o controle tende a ser mais eficaz quando exercido localmente, seja porque a forma pela qual o governo local passa a ser financiado (recursos globais no caso dos 449 municípios em *gestão plena do sistema de saúde*) incentiva à maior parcimônia local do que na modalidade vigente nas relações do MS com a maioria dos demais municípios, onde a conta é, em última análise, enviada para um *"terceiro pagador"*, o MS em Brasília; e, de um modo geral
- maior satisfação da clientela.

---

[22] Prefeitos que priorizaram saúde, assumindo a gestão do sistema local de saúde, aumentando a alocação de recursos do orçamento municipal para o setor e/ou introduzindo medidas inovadoras na organização do sistema local, tiveram excelente retorno, no tocante à melhoria das condições de saúde. Assim aconteceu em Santa Rosa (RS) onde a TMI chegou a nível de primeiro mundo (7/1000 NV) graças a maior eficiência alocativa no sistema de saúde gerido pela Prefeitura; em Vitória onde o mesmo indicador, em uma região de baixa renda, caiu de 33/1000 para 13/1000; em Recife, a incorporação de Agentes Comunitários de Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde, fez mortalidade infantil cair 21% entre 1993 e 1995 (LEITÃO, M. - A busca do remédio. O GLOBO, Panorama Econômico. Caderno Economia, 11 dez., 1996. P.26).

[23] São José dos Campos, por exemplo, município do estado de São Paulo, banca com seu próprio orçamento a maior parte do financiamento do sistema local de saúde. Dados de 1995 apontam que a participação federal é de apenas 34% em um gasto local com saúde que chega US$ 35 milhões (NASSIF, L. - Onde os municípios gastam. Folha de São Paulo, Caderno Finanças. 29 out., 1995, p. 3)

No inquérito de opinião pública encomendado pelo CONASS, a descentralização da rede de serviços para estados e municípios foi considerada uma boa medida por 78% das pessoas. Apenas 12% não concordam. 41% dos entrevistados concordam em que os serviços do SUS vêm melhorando enquanto 32% consideram que pioraram e 18% acham que continuam iguais. Na avaliação global dos serviços do SUS, 59% das pessoas dizem-se satisfeitos e 33% insatisfeitos.

Na mesma pesquisa, para todas as questões que exigiam um juízo sobre os aspectos de acesso, qualidade e satisfação, o percentual de respostas positivas ou favoráveis mostrou-se inversamente proporcional ao nível de renda das pessoas entrevistadas. Embora isto possa ser interpretado como decorrente de uma situação em que os pobres julgam de uma forma mais favorável, porque desfrutam de um menor leque de alternativas diante das quais possam desenvolver sua capacidade de conhecimento e escolha, esses resultados evidenciam, por outro ângulo de interpretação, um alto grau de aceitação da proposta de assistência integral e universalizada do SUS entre aquelas camadas da população que há um pouco mais de uma década, para suprir suas necessidades, só podiam contar com a assistência filantrópica e com uns poucos centros de saúde instalados em suas localidades.

7. DESAFIOS, CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

A reforma sanitária brasileira ocorre em um contexto onde os princípios doutrinários do sistema de saúde definido pela Constituição de 1988 parecem, a primeira vista, trafegar na contramão da história. Com efeito, em um contexto mundial de exaltação das virtudes do mercado, sistemas de saúde universais, gratuitos e de atenção integral, seriam considerados anacrônicos se as peculiaridades setoriais não forem levadas na devida conta. Assimetria de informação entre provedores e consumidores, presença de externalidades, obstáculos à competição, capacidade de indução da demanda por parte dos profissionais, controle da oferta pelas corporações, imprevisibilidade da doença e vulnerabilidade do paciente para tomar decisões justo quanto ela ocorre, são caraterísticas do *mercado* setorial onde não vale a regra da *"satisfação garantida ou seu dinheiro de volta"*. Embora a onda neoliberal tenha contribuído para reduzir o papel do estado na provisão direta de ações e serviços de saúde, paladinos do mercado e saudosistas do estatismo autoritário dos anos setenta concordam quanto a necessidade de regulação e financiamento públicos quando se deseja um sistema de saúde que combine o máximo de eficiência com o mínimo de desigualdade.

Sob essa perspectiva, o primeiro grande desafio do Sus é conciliar dois grandes objetivos: (i) elevar o nível de saúde da população para que as pessoas possam viver mais e com a melhor qualidade de vida possível e (ii) atender as aspirações individuais e coletivas de segurança e bem estar cuja satisfação depende da garantia de acesso ao sistema de saúde sempre que necessário. O primeiro objetivo nem sempre depende de ações e serviços de saúde. A mortalidade na infância, por exemplo, está fortemente associada, à renda e fatores como disponibilidade de água no domicílio e à educação da

mãe. No controle das diferentes formas de violência que no Brasil contemporâneo apresentam taxas crescentes de mortalidade, o sistema de saúde pouco pode fazer salvo minimizar seus efeitos. Já o segundo objetivo, está sujeito - em grande medida -, à ação setorial específica, ainda que não exclusiva. Também neste caso o acesso aos serviços de proteção e recuperação da saúde é influenciado pela renda e escolaridade dos usuários, mesmo quando esses serviços são universais e gratuitos. (IPEA, 1997)

Alcançar esses dois objetivos requer um modelo assistencial que, de um lado, privilegie ações de melhor relação custo-efetividade, ou seja capazes de melhorar a saúde coletiva e não apenas atender a demanda expontânea e, de outro, racionalize o uso dos serviços de modo a evitar a procura a serviços especializados, em geral de alto custo, para atender necessidades que podem ser satisfeitas com procedimentos de menor densidade tecnológica sem perda de qualidade e com menor custo.

Nesse sentido a experiência nacional começa a indicar, confirmando o que se observa em outros países, que iniciativas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) são instrumentos estratégicos essenciais não só para reversão do modelo assistencial e a (re)organização dos sistemas locais de saúde, como para contenção de custos sem impor restrições no acesso nem diminuir a qualidade e eficácia do atendimento. O primeiro já beneficia cerca de 60 milhões de pessoas a maioria delas nas regiões Norte e Nordeste. A cobertura do PSF, contudo, ainda é pequena - 3% da população total -, e desigual, variando de 16% e mais (Ceará e Distrito Federal) à taxas residuais como na Bahia (0,03). Entretanto, o potencial de expansão é expressivo. Em parte como efeito da política de incentivos do MS, mas, sobretudo, a partir do reconhecimento, pelas municipalidades, da importância do programa na viabilização do processo de construção do Sus, na melhoria do nível de saúde e na satisfação do usuário.

O segundo desafio é equacionar o financiamento. A despeito do consenso entre formadores de opinião quanto a oportunidade da vinculação ao Sus de parte das receitas públicas, medida objeto de emenda constitucional em tramitação no Congresso Nacional, há algum cepticismo seja quanto a possibilidade de aprovação seja, quanto aos seus efeitos se posta em vigor.

Em relação a aprovação porque (i) o processo de negociação política terá que ser retomado face a nova composição do Congresso e dos governos estaduais empossados em janeiro. (ii) a proposta, como é notório, não encontra apoio, pelo menos explícito, da área econômica, diante do alto grau de engessamento do orçamento da União decorrente inclusive das vinculações já existentes Não deve ser diferente a posição dos governadores recém empossados e mesmo dos Prefeitos [24]cujas receitas estão, de um modo geral, comprometidas com o pagamento de pessoal e amortização da dívida; e, finalmente (iii) porque as prioridades do governo junto ao Congresso estão centradas em mudanças constitucionais necessárias ao ajuste fiscal, contexto no qual o financiamento da Sus é um complicador a mais.

---

[24] Somente a educação absorve 18% e 25% da receita de impostos, respetivamente, da União e dos estados, Distrito Federal e municípios (C. F., Art. 212)

Mas, admitindo a sua aprovação, é duvidoso que a vinculação gere muito mais recursos para o Sus. A experiência nacional mostra que ao criar um piso (mínimo) para determinada despesa a vinculação acaba institucionalizando um teto (máximo). Por outro lado, assegurar fontes estáveis para o Sus exigiria, no mínimo, que as fontes vinculadas tivessem alguma imunidade contra contingenciamentos, mediante salvaguarda constitucional similar a que protege a parcela de receita de impostos federais que é partilhada com estados e municípios (C. F., Arts 159 e 160).

A despeito dessas restrições políticas aos quais se somam as conhecidos argumentos técnicos em desfavor da vinculação de recursos, independente do mérito das suas finalidades, a iniciativa congressual de emenda constitucional teve o mérito de criar um fato político importante ao refletir a importância que a sociedade atribui à questão saúde.

Entretanto, tão ou mais importante do que ampliar recursos é garantir repasses regulares e automáticos para estados e municípios. O financiamento federal, principal fonte do Sus, embora tenha crescido nessa segunda metade da década em relação aos anos anteriores, sofre as restrições decorrentes das políticas macroeconômicas de ajuste. A extensão e irreversibilidade do processo de reforma setorial dependem da credibilidade da estratégia de descentralização, que está fortemente vinculada ao papel da União no financiamento do SUS. O fulcro dessa questão, mesmo em um sistema reconhecidamente subfinanciado, está menos na quantidade de recursos que possam ser aportados pela União do que na garantia de regularidade e automatismo dos repasses.

Os aspectos desfavoráveis do SUS identificados pela opinião pública perdem intensidade quando são levados em conta os efeitos do processo de descentralização. Os resultados do processo de descentralização mostram que o sistema de saúde funciona melhor onde é mais ampla a autonomia para geri-lo[25] [26]. As respostas dos usuários dos serviços de saúde favorecem os municípios em situação de gestão semiplena em comparação aos demais. A saúde pública é mais mencionada como problema e a falta de médicos e equipamentos é maior nas cidades que não administram seus serviços de saúde. Ao contrário, nas localidades com maior autonomia de gestão é maior a percepção dos usuários quanto a melhoria nos serviços de saúde e a solução dos problemas de saúde. Segundo a mesma pesquisa, nas cidades que conquistaram maior autonomia na gestão do sistema de saúde também é mais alta a aprovação da qualidade dos serviços públicos de saúde.

As pesquisas de opinião, contudo não desmentem - em plena vigência de um sistema de saúde *universal, integral, igualitário e gratuito* -, a presença de dois fenômenos insólitos: (i) o aumento do número de usuários de planos privados de saúde e (ii)o crescimento do percentual da despesa familiar com assistência à saúde que passou de 5,3% em 1987, antes portanto do SUS, para 6,5% em 1996, em um quadro de

---

[25] Pesquisa realizada pelo UNICEF/Instituto Gallup de Opinião Pública, no período de agosto/setembro de 1996

[26] IBOPE. - Pesquisa de opinião pública sobre a saúde pública, fev., 1998

inequívoca iniquidade já que esse percentual varia de 9,3% entre os mais pobres à 5,7% entre os mais ricos.[27]

Esses dados levam a constatação da presença de um terceiro grande desafio qual seja o de evitar que o Sus, concebido como universal, se transforme, parafraseando Mendes (Mendes, 1998) em um *Medicaid brazilian style* uma possibilidade concreta na medida em que se mantenha a segmentação do mercado. Dificilmente haverá um sistema de saúde de acesso universal, igualitário e de boa qualidade, enquanto os segmentos de maior capacidade de pressão, resolverem, por outros meios, seus problemas de atendimento médico-hospitalar.

[27] Mais pobres: renda média mensal familiar inferior a dois salários mínimos. Mais ricos: renda acima de 30 salários mínimos. Dados referentes às Regiões Metropolitanas, Distrito Federal e Goiânia. Fonte: IBGE/POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares, 1996).

REFERÊNCIAS

1. Barros, M. E., Piola, S. F. & Vianna, S. M. Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas, IPEA, 1995
2. Benfam, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS, 1996.
3. Brasil, Constituição Federal, 1988
4. Brasil – IBGE _ Pesquisa de Orçamentos Familiares (Pof), 1996
5. Brasil, Ministério da Saúde - Saúde no Brasil – Assessoria Técnico-Gerencial, Brasília, 1997, 195 p.
6. Brasil – Ministério da Saúde. Planilha de acompanhamento da execução orçamentária e financeira (Conselho Nacional de Saúde), Outubro, 1998.
7. Brasil, Ipea – O Brasil na virada do milênio (Trajetória do crescimento e desafios do desenvolvimento) Ipea, Brasília, V. 2, 1997
8. Brasil - Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) Subsídios ao Relatório de Gestão do Poder Executivo (Versão Preliminar), 1998
9. Brasil -Ministério da Saúde (Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Planejamento) Relatório de Acompanhamento das Ações e Metas Prioritárias. Brasília, Fev., 1998
10. Brasil – Ministério da Saúde- Nota elaborada para o Ministro da Saúde (Assessoria Econômica), Outubro, 1998.
11. Corrêa, S., Piola, S. & Arilha, M., - Cairo em Ação: Estudo de Caso Brasil (Documento elaborado para o *Population Reference Bureau*). Outubro, 1998.
12. Faveret Filho, P & Oliveira, P. J. de- A universalização excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. Rio de Janeiro, UERJ/IEI, 1989
13. Fernandes, M.A.C. *et alli*, - Gasto Social Consolidado – 1995 IPEA, jun., 1998
14. Galveas, E. - *A Reforma Fiscal e Tributária*. Folha de São Paulo, 25 ago., 1991. Caderno 3, p. 2. *In* Piola, S. F. & Vianna, S. M. - *Políticas e Prioridades do Sistema Único de Saúde.* Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, 138 p., dez., 1991
15. Ibope - Pesquisa de Opinião Pública sobre a saúde pública. Brasil, fev. 1998
16. Leitão, M. - A busca do remédio. O Globo, Panorama Econômico. Caderno Economia, 11 dez., 1996. P.26). (LEITÃO, M. - A busca do remédio. O GLOBO, Panorama Econômico. Caderno Economia, 11 dez., 1996. P.26).
17. Levcovitz, Eduardo – Informação pessoal, janeiro de 1999.
18. Mendes, Eugênio. – Informação pessoal, 1998.
19. Nassif, L. - Onde os municípios gastam. Folha de São Paulo, Caderno Finanças. 29 out., 1995, p. 3)
20. Piola, S. F. & Vianna, S. M. A descentralização dos serviços de saúde no Brasil. Brasilia, DF, abril, 1997
21. Rezende, F., Informação pessoal 1998

22. Unicef/Gallup – Pesquisa de opinião realizada no período de agosto/setembro de 1996.

23. Vecina, Gonçalo Depoimento no Conselho Nacional de Saúde. (83ª Reunião), dez., 1998

24. V. de Flood, M. Cristina - ¿Cuánto gasta Argentina en salud ? VII Jornadas Internacionales de economia de la salud VIII Jornadas Nacionales de economia de la Salud en Argentina Buenos Aires, 11 sept., 1998, 15 p.

25. Vianna, S. M. & Marques. I. Descentralização e políticas de proteção da criança e do Adolescente no Brasil. UNICEF, Innocenti Occasional Papers (Decentralization and Local Governance Series), January 1996

26. World Bank – World Development Report (Investing in Health. World Development Indicators), 1993