



Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social  
Naciones Unidas/CEPAL-Consejo Regional de Planificación

Latin American and Caribbean Institute for Economic and Social Planning  
United Nations/ECLAC-Regional Council for Planning

**I L P E S**

Institut Latino-Américain et des Caraïbes de Planification Economique et Sociale  
Nations Unies/CEPALC-Conseil Regional de Planification

---

**LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD EN  
AMERICA LATINA. LA MUNICIPALIZACION  
LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD**

**Dolores M. Rufián \***

Distr.  
RESTRINGIDA

LC/IP/R.156  
25 de abril de 1995

ORIGINAL: **ESPAÑOL**

**LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD EN  
AMERICA LATINA. LA MUNICIPALIZACION  
LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD**

**Dolores M. Rufián \***

\* La autora es Consultora de la Dirección de Políticas y Proyectos Sociales del ILPES. Las opiniones expresadas en este trabajo, el cual no ha sido sometido a revisión editorial, son de su exclusiva responsabilidad y pueden no coincidir con las de la Organización.

## INDICE

<b>1. Descentralización de la salud, municipalización y Sistemas Locales de Salud: Parte General</b>	<b>1</b>
1.1 El diagnóstico sobre los sistemas de salud en América Latina	1
1.2 Justificaciones y objetivos de la descentralización de los sistemas de salud	3
1.3 Objetivos de la descentralización de la salud	7
1.4 La estrategia de la Organización Panamericana de la Salud: La propuesta sobre Sistemas Locales de Salud (SILOS)	8
1.5 Descentralización y Municipalización de la Salud	10
1.6 La descentralización y desconcentración de la salud. La idea de proceso.	13
1.7 Una cuestión de fondo: la financiación de los servicios sociales de salud descentralizados	15
1.8 Ámbito de la descentralización	17
<b>2. Descentralización de la salud, municipalización y Sistemas Locales de Salud en algunos países latinoamericanos</b>	<b>20</b>
2.1 La descentralización de la salud en Bolivia. Los Sistemas Locales de Salud	20
2.1.1 Los problemas de salud en Bolivia	20
2.1.2 La organización del sistema	21
2.1.3 Antecedentes de la descentralización y características del sistema	22
2.1.4 Grado de implementación de los SILOS y valoración	26
2.2 La descentralización de la salud en Chile. Los Sistemas Locales de Salud	27
2.2.1 Los sistemas de salud en Chile	27
2.2.2 Estructura organizativa	28
2.2.3 La descentralización de la salud	30
2.2.4 Evaluación del sistema	35
2.2.5 Las últimas reformas: hacia una mayor descentralización	36
2.3 El sistema de salud en Colombia	37
2.3.1 Diagnóstico de los problemas del sistema de salud en Colombia	37
2.3.2 La reforma del sistema de salud. La ley 10	39
2.3.3 La descentralización del servicio	42
2.3.4 Mecanismos de financiamiento	44
<b>3. Conclusiones sobre la descentralización de la salud</b>	<b>46</b>
<b>4. Bibliografía</b>	<b>50</b>



# **LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA. LA MUNICIPALIZACIÓN. LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD**

**Dolores M. Rufián  
Consultora ILPES**

## **1. Descentralización de la salud, municipalización y Sistemas Locales de Salud: Parte General**

### **1.1 El diagnóstico sobre los sistemas de salud en América Latina**

La OPS ha descrito la situación actual del sistema de salud en América Latina como de no acceso real de grandes sectores de la población a los servicios de salud a causa de problemas estructurales y coyunturales del sector, al ajuste económico que siguió a la crisis de los ochenta, y por razones relacionadas con la organización del servicio caracterizada por una excesiva centralización.

Efectivamente, la mayoría de los países de la región tienen un sistema pluralista de atención en salud que comprende tres subsectores: uno público u oficial, que se organiza normalmente en unidades de jurisdicción nacional, provincial, etc.; un subsector de seguridad social, con capacidad instalada propia, que también acostumbra a dividirse en jurisdicciones diferentes y que realiza aportes financieros; y un subsector privado que incluye una amplia gama de posibilidades que van desde la consulta individual de un profesional hasta sanatorios o clínicas de alta tecnología. Las relaciones entre ellos varían según los países, pero en general se aprecia una falta de coordinación favorecida por la inexistencia de mecanismos adecuados que orienten las relaciones entre los mismos. En general, los Ministerios de Salud han ido disminuyendo su papel de conductores y la seguridad social tiende a actual sin coordinación con el sector privado y con el Estado.

Persisten además en la región grandes diferencias en cuanto a la distribución de los recursos de salud, su accesibilidad y cobertura (G. de Roux, 1992). La distribución de recursos suele concentrarse en las grandes áreas urbanas y se destina al gasto en tecnología, el cual sólo está disponible para el grupo poblacional con más ingresos, dejando sin otorgar cobertura a la mayoría necesitada. Se estima que 130

millones de personas en América Latina no tienen acceso a servicios de salud y que en el año 2.000 esta situación afectará a 160 millones.

El sector tiene además problemas de gestión administrativa y en general de burocratización como consecuencia de las formas tradicionales de organización política en los países de la región. A ello se suma la inadecuada utilización de los recursos financieros que, de todas maneras, en la mayoría de los países no alcanzan siquiera la cifra promedio mundial.

Las tecnologías de salud se utilizan de forma inadecuada, bien por exceso, bien por defecto. En general las tecnologías no se han adaptado a las necesidades, a los niveles socio-culturales y al estilo de vida de las sociedades en desarrollo. La atención de salud tampoco es evaluada de forma permanente en función de los objetivos finales de los sistemas y no han conseguido resolverse los problemas de intersectorialidad, a pesar de que algunos países han definido políticas en ese sentido.

Estos y otros problemas han producido una desigualdad en la aplicación de los servicios de salud en América Latina. Efectivamente, debido tanto a la situación de desempleo y la consiguiente falta de capacidad de pago de los grupos más necesitados, como al deterioro de los sistemas por falta de presupuesto, hoy pueden considerarse tres fracciones distintas de población con acceso inequitativo: una pequeña parte de la población, de alto nivel de ingresos con acceso al sector privado; trabajadores urbanos y algunos rurales que alcanzan un nivel de consumo intermedio con acceso a sistemas mixtos público, privado y de seguridad y social; y, por último, una gran masa de población, perteneciente sobre todo al sector informal y en situación de extrema pobreza, que sólo pueden acceder a los servicios del Estado los cuales, normalmente, no alcanzan a atender sus necesidades.

Por otra parte, el ajuste económico ha afectado gravemente al sector salud de varias formas: las inversiones de capital han sido muy limitadas en áreas fundamentales como saneamiento básico, mantenimiento y conservación de los equipos, plantas físicas, y reemplazo de instalaciones mínimas; los gastos corrientes han sido limitados y han existido fuertes restricciones al favorecer el desarrollo administrativo del sector y a la capacitación del personal.

Otra manifestación del ajuste ha consistido en la concentración de recursos en programas de acción orientados a programas prioritarios con impacto inmediato. La consecuencia de todo ello es que se ha agravado el cuadro de desigualdad del acceso a los servicios de salud.

El ajuste ha acentuado además los problemas administrativos del sector, obstaculizando el uso racional, oportuno y eficiente de los recursos y produciendo serias deficiencias en la capacidad operativa de los servicios de salud y saneamiento.

Por último, el tema de la salud está conectado con el espacio y los desafíos que afrontan los sistemas no siempre han contado con soluciones de tipo organizativo que tengan en cuenta el territorio.

Efectivamente, los modelos centralistas de salud han implicado que los otros niveles de gobierno no puedan responder a las necesidades de sus poblaciones, generalizándose las formas burocráticas de administración del sector, cuyas manifestaciones de ineficiencia y falta de compromiso con los intereses comunitarios han pasado a ser frecuentes. La experiencia universal señala la excesiva centralización y la falta de coordinación como factores fundamentales del inadecuado funcionamiento de los servicios de salud y de la ineficiencia de los sistemas vigentes (Guerra de Macedo, 1987).

Las administraciones subnacionales (municipales por ejemplo) y, en general los niveles periféricos de administración de los Estados (administraciones regionales, departamentales, provinciales), han actuado como órganos coordinadores de ciertos servicios o como receptores y transmisores de información, pero con escasa capacidad de decisión o de integración de la voluntad de la ciudadanía en las políticas del sector. Las unidades prestadoras de los servicios (hospitales, consultorios, postas, etc.), en un esquema de este tipo, dependen directamente de la administración central, que ejerce una tutela rígida sobre los mismos, tanto desde el punto de vista administrativo como financiero.

En la actualidad sin embargo, existen fuertes estímulos en favor de la descentralización, de la desconcentración y, en general, de formas de gestión del sector que acerquen la toma de decisiones a los ciudadanos, que proporcionen mayor poder de decisión a las autoridades no centrales, incluso mayor autonomía de gestión a las unidades directamente prestadoras de servicios, de manera que disminuya el tipo y el ámbito de las decisiones que corresponden a los Ministerios de Salud o a las instancias centrales del sector.

## **1.2 Justificaciones y objetivos de la descentralización de los sistemas de salud**

La OPS (1988) ha señalado en este sentido que es necesaria la transferencia de competencias y poderes de decisión a otros niveles de la estructura de los sistemas nacionales de salud. Para ello señalan como requisitos:

- a) La firme decisión política de llevar a cabo este proceso efectivamente;
- b) La transferencia de competencias y de recursos desde el nivel central;
- c) El desarrollo de la participación en las entidades subnacionales de gobierno;
- d) El desarrollo de la capacidad de gestión en la prestación de servicios, lo que significa una capacidad técnica en la coordinación de recursos y en la definición, ejecución y evaluación de las actividades de salud.

Varios tipos de justificaciones han alentado los procesos de descentralización de los servicios sociales en general y de la salud en particular, tanto de tipo político, como sectoriales, de equidad y económicas.

Los esfuerzos de descentralización de origen fundamentalmente político centran su interés en la apertura de espacios de participación para canalizar mejor las aspiraciones de la comunidad, por consiguiente priorizan los aspectos relativos a la generación de poder y a la toma de decisiones. Se destacan así los beneficios de la participación y se señala que la gestión descentralizada pretende que éstos sean prestados de forma más adecuada a las necesidades particulares de los habitantes de un espacio geográfico concreto y dando la posibilidad de que los usuarios puedan comunicarse directamente con los responsables del servicio y participar en su gestión (Pozo, 1987).

La OPS (1987) ha señalado en este sentido que un objetivo de los Sistemas Locales de Salud (en adelante SILOS), es ser democráticos y participativos, de modo que la población asuma su papel de sujeto del sistema, relacionándose con los servicios en una actitud de corresponsabilidad. Si existe un atributo central que puede destacarse en los SILOS es la factibilidad que brinda para la participación de la población. “En este punto sostenemos que la participación social no es un componente más de los programas de salud que debe ser promovido, sino más bien un derecho de la población que ha sido obstaculizado por una serie de mecanismos administrativos y burocráticos entre los cuales la centralización excesiva es parte fundamental.

Para descentralizar existen además importantes justificaciones que tienen que ver con la lógica sectorial. Señala M. Fernández en este sentido (1988:22) que “la precariedad de la capacidad estatal para cubrir institucional y financieramente las demandas de necesidades en el sector social es tan palpable, que el mismo Estado central ha sido impulsor de su propia descentralización”.

Se sostiene así que la prestación de servicios será más eficiente y eficaz si se hace de forma descentralizada, permite la focalización hacia los más pobres y hace más factible los enfoques intersectoriales.

El tema de la eficiencia supone relacionar la producción obtenida con los recursos utilizados. En la salud ello requiere una importante adaptación ya que el sector tiene sujetos y objetos específicos, es un proceso de producción complejo y con particularidades, tiene productos intangibles y hay una participación significativa de instituciones públicas y privadas. Los SILOS deben trabajar con la categoría de eficiencia social, o sea, una relación de resultado social de la producción/costo social de los recursos utilizados. La eficiencia en el uso de los recursos no se alcanza necesariamente reduciendo los costos, sino elevando el nivel de impacto que se logra sobre la población al solucionar sus problemas de salud. Para ello se requerirá una estructura administrativa y de gestión moderna, flexible y apropiada, que en principio debería ser favorecida con la descentralización.

Un sistema descentralizado de salud debería mejorar también la eficacia porque podría dedicarse no solamente a satisfacer demandas, sino sobre todo necesidades de la población, mejor conocidas por administraciones más pequeñas y cercanas a los ciudadanos. La eficacia se alcanzará en tanto la descentralización mejore la accesibilidad a los servicios, ubique las actividades de salud y las facilidades cerca de la gente y mejore la utilización de los mismos.

La descentralización se encuentra también avalada por la reorientación de las políticas sociales hacia los pobres, que parte de aceptar que la escasez de recursos es un obstáculo para la práctica de políticas universalistas, lo que conduce a restringir las prestaciones sociales a los más débiles y éstos pueden ser identificados territorialmente (Franco, 1989). Por otra parte, se habla de la necesidad de focalizar las prestaciones, es decir, de optar por una población objetivo determinada teniendo en cuenta el monto de los recursos disponibles (Franco, 1990), lo cual está relacionado con una administración más cercana al territorio.

Entre las justificaciones prácticas se menciona también la necesidad de desarrollo intersectorial. El concepto de intersectorialidad ha representado no sólo un cuestionamiento conceptual a las políticas sociales, sino una pauta de acción para su implementación. Se habla así de “acción intersectorial” o de “desarrollo intersectorial definido como el juego más amplio de relaciones entre los distintos sectores económicos y sociales” o “el proceso en que los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de cada sector se consideran según sus repercusiones y efectos en los objetivos, las estrategias y los recursos de los demás sectores” (OPS, 1982:7).

La importancia del tema radica en que puede incorporar elementos de viabilidad a los ya cuestionados conceptos de planificación y participación, para incorporar integralmente a cada acción del desarrollo a todos los campos o sectores sociales y económicos en ella involucrados. La búsqueda de mayor racionalidad en el empleo de los escasos recursos y asumir el carácter complejo del desarrollo social, sin renuncia al activo rol estatal (planificación) y de las organizaciones sociales (participación), respaldan el impulso de la intersectorialidad como una herramienta del desarrollo (Fernández, 1990).

Probablemente los niveles donde es más factible modificar los enfoques sectoriales son los niveles inferiores de gobierno porque la cercanía al ciudadano proporciona la oportunidad de tener un conocimiento de sus necesidades de manera más global. A nivel regional y local la intersectorialidad pareciera más factible porque es a nivel local donde se produce la integración práctica de conceptos y recursos (Palma, 1986).

La salud es un bien de carácter colectivo, lo que implica que todos tengan derecho a ella. No obstante la equidad no puede ser equiparada a la universalización de los sistemas porque muchas veces esto encubre posibilidades de acceso a servicios diferenciados según grupos poblacionales distintos.

La dimensión equitativa de la salud supone reconocer que la población es heterogénea en términos de necesidades y de acceso a los servicios y que, por lo tanto, se deben establecer prioridades políticas para disminuir progresivamente los grados de desigualdad relativa. Implica una distribución igualitaria de las actividades de salud para los diferentes grupos de la población de acuerdo a sus necesidades de salud.

La actuación inspirada en la equidad exigirá un conocimiento profundo de las situaciones heterogéneas y de las desigualdades, además será preciso que la autoridad tenga la capacidad para tomar decisiones distintas aplicables a cada situación concreta y desde luego diferentes a la solución homogénea que sería tomada cuando se está decidiendo en función de una realidad imaginaria. Estas actuaciones son favorecidas en un esquema de descentralización.

Por último, las justificaciones económicas se refieren a la necesidad de ahorro por parte de la administración central y a la restricción del gasto público, que ha obligado a los gobiernos latinoamericanos a buscar fuentes complementarias de financiamiento de servicios sociales. Lo que pretende la descentralización es que los gobiernos regionales y locales generen recursos con los que hacer frente a las demandas sociales, bien a través de tributos propios que en alguna medida debieran ser destinados, ahora también, a la prestación de dichos servicios, bien a través del cobro a los beneficiarios de una proporción mayor del costo recuperable de los

servicios, de lo que históricamente han sido capaces de cobrar las administraciones centrales.

En la práctica esta justificación no siempre se ha cumplido y “el resultado inmediato de algunos programas de descentralización en Latinoamérica (por ejemplo Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala y Venezuela) ha sido el incremento de los gastos del gobierno central (Morgan, 1991:10).

### **1.3 Objetivos de la descentralización de la salud**

La descentralización de la salud persigue objetivos tales como aumentar la capacidad de resolver los problemas acercando el lugar donde se presentan al de la toma de decisiones; convertir a la comunidad y a los individuos en sujetos de los sistemas de salud otorgándoles capacidad de decisión; permitir la extensión de la cobertura con equidad y eficiencia; aumentar la capacidad de respuesta eficiente a los problemas de salud comunitarias; lograr una mayor eficiencia técnica y social de los servicios; mejorar la organización del sistema de servicios de salud y la prestación de los mismos; promover un proceso de desburocratización de las estructuras administrativas.

El logro de ellos dependerá de una serie de criterios y condiciones básicas. Así por ejemplo la OPS (1987) menciona:

- a) Los países han de dividirse en ejes político-administrativos con características espaciales. La salud es un fenómeno local relacionado con el medio físico y cultural en que se desenvuelve. La esfera local es la más idónea para integrar diferentes acciones que repercuten en el campo de la salud (dotación de agua potable, apoyo alimentario, por ejemplo), ya que se está más cerca de la ciudadanía y de los problemas. En cuanto al tamaño óptimo de estas áreas, según la OPS éstas deben ser “suficientemente pequeñas como para que sus problemas sanitarios y económico-sociales puedan ser entendidos y enfrentados, y suficientemente grandes como para habilitar el despliegue de destrezas técnicas y gerenciales, esenciales para planificar y administrar evitando la dispersión de recursos. Para su precisa identificación deberán incorporarse criterios de área geográfica, concentración de la población, presencia de establecimientos de salud, las divisiones políticas y administrativas preexistentes en la arquitectura legislativa y constitucional”.
- b) Debe existir una unidad de mando, ya que es necesaria la conducción unificada dentro de una unidad territorial, evitando los problemas de superposición de mando.

- c) Debe conseguirse la integralidad de la atención. Los programas deben horizontalizarse para ofrecer como resultado acciones de oferta organizada que cubran a la población en el plano individual, el familiar, el colectivo de trabajo y la comunidad.
- d) Debe existir coordinación intersectorial
- e) Debe incentivarse la participación comunitaria en particular en proyectos donde el potencial de trabajo y la organización de la población, constituyan recursos que puedan sumarse al sistema.
- f) La descentralización exige un esfuerzo de diagnóstico, reuniendo información confiable para abarcar los problemas y las necesidades de salud existentes.
- g) Es necesario introducir la evaluación de las acciones realizadas de forma que los esfuerzos no se encaminen solamente al ámbito de la ejecución. La evaluación permitirá observar el grado de cumplimiento de los objetivos planteados y operar las modificaciones oportunas. Para la realización de evaluaciones será necesario disponer de sistemas de información apropiados y elaborar indicadores claves.

#### **1.4 La estrategia de la Organización Panamericana de la Salud: La propuesta sobre Sistemas Locales de Salud (SILOS)**

La propuesta de la Organización Panamericana de la Salud sobre los Sistemas Locales de Salud se inscribe en una premisa básica que es la que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Se trata de la Meta "Salud para todos en el año 2.000" (SPT/2.000), definida en 1977 y que conserva toda su actualidad. Para conseguir dicha meta, la OPS se propuso una estrategia sobre la Atención Primaria, definida como "mucho más que una extensión de los servicios básicos de salud; abarcando factores sociales y de desarrollo y, si se aplica de manera apropiada, influyendo en el funcionamiento del resto del sistema de salud para buscar el mejoramiento de la calidad de vida". Pues bien, la respuesta organizacional a esta meta y a esta estrategia es la descentralización y los SILOS (Paganini, 1991).

Los caracteres con los que la OPS ha definido los SILOS son los siguientes:

- Un Sistema Local de Salud constituye una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, basado en un criterio geográfico poblacional, en zonas urbanas o rurales.

- Esta propuesta geográfico poblacional depende de las necesidades de la población, definidas en función de daños y riesgos, y se basa en las divisiones político administrativas del país.
- La responsabilidad de los Sistemas Locales de Salud es atender a los individuos, familias, grupos sociales, comunidades y ambiente, coordinar todos los recursos disponibles, tanto del sector salud como extrasectoriales, y facilitar la participación social.
- Los Sistemas Locales de Salud permiten integrar los recursos de salud, incluidos los hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes con las necesidades de salud de la población.
- Los Sistemas Locales de Salud son parte fundamental del sistema nacional de salud al cual vigorizan y confieren nueva dirección; por lo tanto, los SILOS deben verse como unidades básicas organizativas de una entidad global plenamente articulada; el sistema nacional de salud.
- La participación de la comunidad, mediante el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas es de fundamental importancia para contribuir a activar movimientos locales a favor del bienestar y del desarrollo.
- El tamaño de los SILOS varía de acuerdo con la realidad de cada país y, en el caso de la atención a las personas, es conveniente contar con un nivel resolutivo de por lo menos segundo nivel de complejidad, combinado con una adecuada eficiencia en el uso de los recursos. En el caso de atención al ambiente, la capacidad resolutiva dependerá también de las características de cada tema específico por tratar.
- En los SILOS se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas para atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente.
- Además de la capacidad tecnológica que les otorgue un adecuado poder de resolución de los problemas de salud en su zona, los SILOS deberán poseer una adecuada capacidad técnico administrativa en las áreas de planificación, administración, información y epidemiología, así como un conjunto de recursos humanos adecuadamente adiestrados.

La OPS ha puesto reiteradamente de manifiesto la importancia de los SILOS dentro del contexto de la transformación de los sistemas nacionales de salud. Es

decir, los Sistemas Locales de Salud constituyen el punto focal de planificación y gestión periféricas de los servicios de salud, bajo la influencia integradora y normativa de la coordinación nacional del sistema de salud” (OPS, CD33/14).

### **1.5 Descentralización y Municipalización de la Salud**

Genéricamente se habla de descentralización cuando se quiere reflejar que alguna función o competencia ya no está en manos del Ministerio de Salud o de la instancia central que había ejercido la competencia, reflejando por consiguiente, posibilidades de gestión del sector con criterios no homogéneos. Sin embargo, la generalización del concepto no es correcta y la práctica administrativa y sectorial muestra fenómenos de descentralización y otros distintos, que intentaremos describir.

La descentralización es un proceso de naturaleza política y administrativa que implica transferir, por medio de una ley, funciones y recursos a las unidades subnacionales de gobierno que, dentro de su competencia, no tendrán para actuar más limitaciones que las legalmente establecidas, sin que la administración central pueda, discrecionalmente, imponer criterios de oportunidad a las decisiones.

Un proceso de descentralización implica necesariamente la existencia de entes administrativos subnacionales que tengan personalidad jurídica, patrimonio propio expresado en un presupuesto manejado por dicho ente y autoridades democráticas elegidas por la soberanía popular y no designadas por la administración central.

En estricto rigor, cuando hablamos de descentralización de la salud en América Latina nos estamos refiriendo al tema territorial y, por consiguiente, a transferencias de competencias relacionadas con los servicios del sector salud a administraciones que gozan las características que antes fueron mencionadas, es decir, estados federados, regiones, departamentos (en pocos casos) y municipios. En la práctica la descentralización se está produciendo hacia los estados federados (en los países federales) y hacia los municipios, pues los proyectos latinoamericanos de descentralización política y administrativa parecen mostrar en la actualidad un momento de regresión tras los fracasos regionalistas de Guatemala y Perú. Instancias político-administrativas intermedias, solo existen en estos momentos en Chile, teniendo el gobierno regional escasas competencias en el sector salud, y están previstas en la nueva Constitución de Colombia.

Los procesos de descentralización del sector salud, por consiguiente, toman la forma de descentralización hacia los estados federados y, crecientemente, de

municipalización, haciendo depender determinados servicios de salud así como las unidades prestadoras de los mismos, de los municipios.

El sector salud no ha sido ajeno a este proceso y, a pesar de que en algunos casos la tendencia es que los servicios sean provistos directamente desde el municipio, se atribuyen a los estados federales crecientes competencias en la materia. Así, en Brasil, el Sistema Unificado de Salud, creado por ley de 19 de Septiembre de 1990, prevé una serie de competencias significativas para los estados federales. En Venezuela, la ley de transferencia de competencias, de 28 de Diciembre de 1989, señala la transferencia progresiva hacia los estados, mediante convenio, de las competencias sobre salud pública. En México, los servicios de salud radican en los estados.

El nivel municipal se considera en principio poco apto para descentralizar los servicios de salud, por las economías de escala a que está sometido el sector. No obstante, existen en la región algunas experiencias de municipalización en las que se traspa a los municipios los niveles de Atención Primaria y otras en las que, en todo caso, se pretende fortalecer el rol del municipio a efectos de la reorganización del sector.

El concepto de municipalización tiene su origen en el llamado socialismo municipal del movimiento británico de los fabianes en la segunda mitad del siglo XIX. La gestión de las empresas privadas determinó situaciones abusivas consistentes en servicios deficientes y tarifas elevadas. Sólo cabían dos soluciones: reglamentar los precios y la calidad del servicio o asumir su prestación directa. Esta segunda alternativa fue la que se generalizó en servicios como el agua, gas, electricidad, tranvías, etc.

La municipalización tiene hoy un significado distinto. Para algunos autores consiste en la asunción por el municipio de actividades económicas, en principio privadas, a fin de gestionarlas o explotarlas directamente. Para otros significa asunción por el municipio de actividades económicas sin prejuzgar la forma de gestión o de tener que elegir la más idónea, inclinándose hacia un a organización específica, bien sea una empresa propia o un concesionario (Lliset, 1986).

En sentido amplio, entenderemos que municipalizar es una cuestión de asunción pura y simple de una competencia por el municipio sin importar la forma de gestión que luego se adopte. En este sentido, experiencias de municipalización de la salud, es decir, asunción por el municipio de la actividad económica de salud, en los niveles más bajos de prestación, han intentado países como Brasil, Chile o Colombia.

Junto a la descentralización, y a veces en lugar de ella, aparecen procesos de desconcentración hacia regiones u otros espacios definidos sectorialmente y hacia las unidades prestadoras de los servicios. La desconcentración se caracterizaría por mantener relaciones jerárquicas y no una auténtica distribución de poder.

En la práctica son difíciles de diferenciar porque, en ocasiones, los supuestos de descentralización sectorial están muy controlados por la administración central, sobre todo en el inicio de los procesos. La desconcentración es imprescindible porque desde el centro no se pueden tomar todas las decisiones y la descentralización es insuficiente.

Efectivamente, los servicios de salud pueden ser incluidos dentro de los denominados bienes públicos impuros, es decir aquellos en los que, provisto un nivel del servicio determinado, el aumento del número de consumidores tiende a hacer disminuir la utilidad de los consumidores anteriores. En este caso, o bien disminuirá la calidad del servicio o bien deberá aumentar el nivel de provisión y por lo tanto su coste.

Por su propia naturaleza, la provisión eficiente de estos bienes públicos, aparece relacionada con un tamaño de población determinado. En teoría sería posible establecer una correspondencia entre los distintos bienes públicos existentes y el tamaño de la población al que resulta óptima su provisión. Ello permite asociar su prestación a las unidades de gobierno más apropiadas en función de la población que tienen bajo su jurisdicción (Castells, 1988:26).

Aparecen de esta manera dos lógicas distintas para la organización del sector; una, la lógica político-territorial, que establece niveles de gobierno definidos en el territorio nacional; otra, la lógica de cada sector, que aconseja un tamaño determinado de unidad geográfica para la prestación de los servicios. Incluso dentro de cada sector puede haber lógicas diferentes.

Cuando se diseñan estrategias de transferencia de funciones, que no responden a la división político-administrativa territorial de descentralización, creemos que es preferible hablar de desconcentración. Por ello, junto con los procesos de descentralización y, a veces en lugar de ellos, la desconcentración del sector se señala crecientemente como una necesidad para mejorar los sistemas de salud de la región. Esta implica también la transferencia, por norma legal, de competencias y recursos, pero esta vez a órganos jerárquicamente dependientes de la administración central. El diseño que en muchos países se ha realizado de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) responde a una lógica de desconcentración.

La doctrina administrativa ha acuñado también el concepto de descentralización funcional que, a diferencia de la descentralización territorial,

referida a administraciones subnacionales, supone el otorgamiento de personalidad jurídica, presupuesto y competencias a entes administrativos, que cumplen una función determinada, actuando con cierta independencia del sector del que dependen. Desde el punto de vista administrativo, se diferencian porque sus autoridades no son elegidas democráticamente sino designadas; pero la principal diferencia es que no son unidades genéricas de gobierno y administración con una competencia territorial determinada y tienen más que ver con la desconcentración, que con una auténtica descentralización. Un ejemplo de descentralización funcional puede ser el servicio de seguro social de un país, que puede estar o no territorializado, con un ámbito propio de competencias y un presupuesto. Consecuencia de la descentralización funcional es que ésta no implica redistribución del poder ni un control efectivo y democrático de los ciudadanos, aunque puede permitir algunas formas de participación.

En la práctica, sin embargo, es muy difícil categorizar sobre todas las situaciones organizacionales de los sistemas de salud que presentan elementos de descentralización, de desconcentración, de delegación de competencias o incluso de privatización.

#### **1.6 La descentralización y desconcentración de la salud. La idea de proceso.**

Una nueva institucionalidad en los sistemas de salud responde a la idea de proceso de mediano o largo plazo, que implica una transferencia progresiva de competencias y recursos con sucesivos ajustes.

El éxito o fracaso de los procesos depende de factores estructurales, tales como la situación del sector o el sistema de administración pública, pero también de factores coyunturales que tienen que ver por ejemplo con la forma cómo se hagan los trasposos, la capacidad de adaptación de las administraciones, la capacitación de las mismas, el liderazgo que pueden ejercer las autoridades o la comunidad, etc.

Un tema importante se refiere a la heterogeneidad de los distintos entes y órganos a los que se transfieren competencias, incluso dentro de la misma categoría. Dentro de un mismo país no suelen ser comparables las capacidades de gestión de las distintas regiones o estados federales y menos aún de los municipios, hospitales, consultorios, etc. Ello requiere ciertas reflexiones sobre la secuencia de los procesos.

En principio existen tres tipos de mecanismos de transferencia.

- a) Un primer tipo consiste en la transferencia en bloque a todas las unidades a las que se pretende descentralizar o desconcentrar, lo que debería evitar la desorganización de la administración central que, al transferir la competencia,

transferiría al mismo tiempo los recursos personales, materiales y financieros para administrar el servicio. No obstante, pueden generarse muchos problemas de gestión en la nueva administración.

- b) El sistema de transferencias fraccionadas, por el contrario, implica que son los entes u órganos los que han de solicitar la competencia del nivel central, cuando estiman que su capacidad de gestión es eficiente para la administración del servicio.
- c) Por último, existen sistemas mixtos caracterizados porque se da preferencia a la iniciativa de los que van a recibir las competencias; no obstante, pasado un cierto tiempo de iniciado el proceso, el gobierno central puede decidir hacer una transferencia en bloque si la competencia no ha sido solicitada. En sus primeros momentos, el modelo produce desestabilización y deseconomías de escala, pero permite asegurar en el futuro un mejor funcionamiento. En general, la mayor parte de los países han utilizado variaciones sobre este sistema mixto, a través de negociaciones con la administración central.

Ello exige evidentemente mucha flexibilidad en el marco normativo regulador de la descentralización. Pero, aún así, el resultado no depende solamente de cómo se haya efectuado la transferencia, sino también de otros factores.

La atención hospitalaria pública nos puede mostrar estas cuestiones. Un hospital público en actividad, normalmente cuenta con una dirección profesional, una oficina de administración, un conjunto de recursos humanos y físicos y una rutina organizativa a partir de los cuales debe brindar una serie de servicios médicos para la prevención de enfermedades o para la restauración de la salud de un determinado conjunto poblacional.

A su vez, las unidades centrales del sistema (Ministerio de Salud, de Hacienda, etc.) deben programar y financiar las acciones a través de un plan sectorial que especifique metas y objetivos definidos, normas de gestión y asignación presupuestaria y criterios de fiscalización de resultados.

Una primera identificación de factores de éxito o de fracaso vendrá dada por el elenco directivo del hospital, responsable del funcionamiento cotidiano y de las relaciones con el nivel central. Es normal que existan grandes diferencias en el grado de interés con que cada grupo directivo decide encarar el traspaso de competencias. Existirán así direcciones hospitalarias eficientes, dinámicas y con sentido cooperativo en tanto otras mantienen una actitud burocrática y poco proclive al esfuerzo de descentralización o de desconcentración.

También influirán la eficiencia organizativa y de programación presupuestaria de las oficinas administrativas del hospital. Unas serán de alto nivel, que manejen técnicas adecuadas de programación presupuestaria, que utilicen datos estadísticos actualizados, etc., en tanto que otras serán deficientes.

De todas formas, la mayor o menor eficiencia alcanzada por un programa de descentralización en la salud no constituye solamente un hecho relacionado con el ente o el órgano al que se transfieren las competencias sino que también es función de factores ajenos. La programación y gestión presupuestaria, la planificación sectorial, el clima político-institucional y el cuadro fiscal agregado pueden influir de manera significativa sobre el proceso de descentralización y/o desconcentración de los servicios de salud.

### **1.7 Una cuestión de fondo: la financiación de los servicios sociales de salud descentralizados**

Un importante argumento en favor de la descentralización de cualquier sector se refiere a la necesidad de reducción del gasto público y a la ventaja que supone que las administraciones regionales o locales puedan conseguir recursos adicionales para financiar dichos servicios.

En la práctica, la reducción del gasto público no es tal, porque no es evidente que los servicios tengan costes sustancialmente menores cuando son prestados por las administraciones subnacionales, sobre todo en los inicios de los procesos. La eficiencia no es presumible en la mayoría de las administraciones subnacionales. Por lo tanto, dichos recursos adicionales podrían provenir bien de una recuperación del costo del servicio que sería cobrada a los usuarios, o bien de una mayor tributación propia que podría corresponder a las administraciones locales, ya que tampoco es correcto suponer que las administraciones locales estén generando superávit entre los ingresos que recaudan y los servicios que estuvieran prestando con anterioridad a la transferencia.

Ello implica que los servicios de salud prestados por las administraciones descentralizadas habrán de financiarse mayoritariamente con subvenciones procedentes de la administración central.

Ello tiene importantes consecuencias en relación a la equidad del sistema en su conjunto porque el Estado no puede renunciar a la provisión de unos niveles mínimos de servicios de salud. La escasa capacidad para generar ingresos fiscales por parte de los organismos subnacionales no debiera ser en principio un obstáculo para hacer las transferencias de competencias, pero el Estado central debe asegurar

el cumplimiento de su función redistributiva. Esto no obsta para que, en el proceso de descentralización, cada vez que vayan teniendo más participación en la financiación de las administraciones subnacionales, pero la transferencia de competencias no puede hacerse sin transferir al mismo tiempo los recursos necesarios para financiarlos.

La manera cómo se haga esta transferencia de recursos redundará en la autonomía en la gestión del servicio por parte del ente descentralizado. Efectivamente, dicho ente es mucho más autónomo cuando financia el servicio con ingresos propios; pero entre los mecanismos de transferencia existe un amplio abanico que va desde aquellas transferencias predecibles y no condicionales que permiten que la administración subnacional tome sus propias decisiones de gasto, hasta las transferencias condicionadas y las transferencias de reembolso en las que es la administración central la que toma, en la práctica, las decisiones sobre la gestión del servicio.

Existen múltiples tipos de transferencias desde la administración central, clasificadas en función de diferentes criterios.

- a) Una primera clasificación puede realizarse en función de los criterios seguidos para decidir la cuantía global. En este sentido, la cuantía de la subvención puede ser decidida como un porcentaje fijo de los ingresos centrales, cuando se trata de ingresos compartidos entre las administraciones. Este es el sistema de participación en los ingresos (“revenue sharing”), caracterizado porque el importe de la subvención es un porcentaje de los ingresos del Estado.
- b) Las subvenciones se clasifican también atendiendo a si la transferencia se ha asignado según una fórmula preestablecida, discrecionalmente o para reembolsar determinados gastos. La distribución por fórmula es en principio más perfecta porque se basa en criterios objetivos y medibles. Las transferencias discrecionales se utilizan sobre todo para proyectos de infraestructura (por ejemplo hospitalaria) y pueden basarse en evaluaciones técnicas y objetivas de proyectos propuestos o en factores eminentemente políticos. En lo posible, lo ideal es diseñar mecanismos transparentes y rigurosos para otorgar la subvención.

Un tipo de transferencias que tienen mucha importancia para financiar servicios de salud son aquellas destinadas a reembolsar el importe de determinados gastos. La fórmula es muy útil, sobre todo en los inicios de los procesos de descentralización, porque permite que se transfiera una determinada competencia, transfiriendo al mismo tiempo los recursos necesarios para hacer frente a ella, lo que en principio permite equilibrar a la vez el presupuesto nacional que se desprende de la competencia cuando transfiere los recursos, y en el ente descentralizado.

Este es por ejemplo el procedimiento previsto en la Ley de Descentralización de 1989 de Venezuela, que contempla el traspaso de cada competencia junto con la asignación que el Gobierno central dedica a la prestación del servicio en cuestión y es el procedimiento que se ha utilizado con relativo éxito en Chile para el traspaso a los municipios de determinadas competencias en materia de salud y de educación.

Un sistema parecido se establece en Brasil en el sector salud, aunque a nivel estatal. Pero, a diferencia del anterior, la cuantía de la subvención no es fijada a través de una fórmula, sino por convenio. Efectivamente, el Sistema Unificado de Salud (SUS), descentraliza las unidades básicas y hospitales regionales a los estados y municipios, transfiriendo además los médicos y funcionarios del sistema, aunque éstos siguen pagados por el gobierno federal. La distribución de los recursos del sistema se produce a través de un sistema de planificación integrada que hace una estimación de las necesidades para cubrir la atención médica y las inversiones en cada Distrito sanitario. La estimación se realiza según un perfil epidemiológico del Distrito, del número de internamientos o consultas médicas del año anterior, la red física instalada (pública o privada) y otras variables. Los planes de los Distritos sanitarios son consolidados en cada estado que prepara su plan de acción y enviados a la dirección del SUS nacional. Los montos asignados a cada estado se deciden en reuniones entre los secretarios estatales y el Ministerio de Salud.

Este tipo de transferencias están caracterizadas por una gran dependencia de la administración central y además, por su alto grado de condicionalidad, ya que los fondos recibidos han de destinarse al uso previsto.

## **1.8 Ámbito de la descentralización**

El ámbito de la descentralización tiene que ver con el tipo de competencias que pueden ejercer las administraciones regionales, los Sistemas Locales de Salud desconcentrados, los municipios o las unidades prestadoras de los servicios. En principio podemos distinguir tres tipos de ámbitos que pueden ser descentralizados: uno referido a los aspectos económico-financieros; otro relacionado con la gestión administrativa del servicio y por último los aspectos relativos al contenido material del servicio. Como ejemplo nos vamos a referir aquí al posible ámbito de la municipalización.

Los aspectos económico financieros requieren diferenciar quién es el responsable de la financiación del servicio y quién de la administración de los recursos asignados al sector. Al primer punto ya nos hemos referido. El segundo tiene que ver con la autonomía de gasto que han de tener los municipios para la gestión de los servicios. Los temas que aquí se plantean son:

- ⇒ Si el presupuesto de los servicios traspasados forma parte del presupuesto ordinario del municipio o bien constituye un presupuesto especial. En principio la descentralización exigiría integrar en el presupuesto ordinario municipal los gastos necesarios para la provisión del servicio; no obstante en algunos países se establece un presupuesto especial (por ejemplo, Chile).
- ⇒ Si la administración central puede establecer reglas de afectación de determinados ingresos a los gastos de los servicios. A este respecto, es normal que la administración central establezca limitaciones con respecto a las transferencias que ella misma realiza. No obstante, la tendencia a la descentralización exige que, cada vez, los municipios adquieran mayor autonomía.
- ⇒ El manejo interno del presupuesto que afecta a los servicios municipalizados, es decir preparación, aprobación, ejecución, mecanismos de transferencias, control interno, etc., lo cual debiera corresponder al municipio.
- ⇒ El municipio debiera ser competente para realizar todos los gastos necesarios para la prestación del servicio tales como el pago del personal, gastos de infraestructura, mantenimiento, materiales, etc. No obstante se plantean problemas fundamentalmente en los casos en que el volumen del gasto es muy importante (por ejemplo en los gastos de infraestructura, que suelen ser realizados directamente por la administración central, o en los gastos de personal, por las retenciones que pueden mostrar los funcionarios estatales al ser traspasados a los municipios. No obstante ambos tipos de gastos también pueden ser transferidos.

La gestión administrativa del servicio descentralizado también debiera corresponder al municipio, aunque se necesitará también coordinación con la administración central. Esta comprende aspectos como:

- ⇒ La organización misma del servicio, es decir, cuando se ha de prestar, cómo y con qué grado de calidad. La administración superior debe establecer al respecto ciertos requisitos mínimos tales como asegurar la cobertura de la Atención Primaria de Salud, con unos niveles mínimos de calidad; lo cual implica un alto grado de centralización, aunque la organización mínima puede corresponder al municipio.
- ⇒ El tema del personal es especialmente complicado. La municipalización exige que el personal encargado del servicio dependa de la municipalidad, tanto desde el punto financiero, como administrativo; no obstante, suelen existir

muchas reticencias por parte de los funcionarios para ser traspasados, lo que exige enormes esfuerzos de negociación. Los criterios para el reclutamiento, la contratación del personal, la fijación de salarios, etc. pueden estar descentralizados; no obstante suele estar centralizado el mecanismo para la obtención de títulos (de médicos, personal paramédico, enfermeros, etc.).

⇒ El tema de la participación de la comunidad también ha de estar descentralizado, correspondiendo al municipio la fijación de los contenidos materiales y formales de la misma.

El ámbito de la gestión propiamente sectorial se refiere al contenido material de la prestación. En el sector serían descentralizables por ejemplo la adaptación de normas técnicas nacionales al manejo local, el poder de decisión para definir políticas de salud oral, etc. No obstante el contenido material mismo del sector requiere un alto grado de centralización.

## **2. Descentralización de la salud, municipalización y Sistemas Locales de Salud en algunos países latinoamericanos**

### **2.1 La descentralización de la salud en Bolivia. Los Sistemas Locales de Salud**

#### **2.1.1 Los problemas de salud en Bolivia**

El sistema de salud boliviano ha sufrido un proceso de reforma basado en la desconcentración de los servicios y en la implementación de los Sistemas Locales de Salud, en un intento de revertir los problemas sanitarios existentes.

La situación de la salud en Bolivia es una de las más precarias de América Latina. Las condiciones de pobreza y, en general, la deficiente calidad de vida de gran parte de la población están directamente relacionadas con la situación sanitaria del país y añaden una complejidad adicional a cualquier intento de enfrentar el problema. Entre los problemas del sistema de salud se pueden mencionar los siguientes:

a) Condiciones poblacionales adversas. Del total de la población boliviana, el 45% vive en el altiplano, el 30% en los valles y el 25% en los llanos. Se estima que más del 50% viven en el área rural. La organización social así como el perfil de salud varía ostensiblemente en cada una de estas zonas. La población indígena se calcula en más de 3,6 millones y comprende 36 grupos étnicos conocidos los cuales, en su mayoría, permanecen segregados política, económica, social y culturalmente, lo que los convierte en grupos de mayor riesgo. A ello hay que añadir que la densidad de población es de sólo 6 habitantes por kilómetro cuadrado, lo cual supone una dificultad para la organización de servicios de salud.

b) Condiciones de vida precarias. Los datos indicativos de la calidad de vida ponen de manifiesto una situación precaria que no ha mejorado sustancialmente en los últimos años. Entre 1980 y 1985 el ingreso unitario familiar se redujo en un 29% y el consumo en un 18%, mientras que la desocupación es del 20,9%. Según el censo de 1992, sólo el 24% de la población tiene acceso al agua potable, mientras que la disponibilidad de servicios sanitarios se sitúa alrededor del 50%. El 87% de las viviendas urbanas disponen de energía eléctrica, pero este porcentaje se reduce al 15% en las viviendas rurales. Se calcula que la desnutrición infantil entre 1 y 6 años es del 47% en el área rural y del 57% en el área urbana. La esperanza de vida al nacer es de 52 años.

c) Sistemas de información sobre salud deficientes. Los sistemas generales de información sobre mortalidad, morbilidad y salud en general son muy deficientes, con lo que solamente existe un conocimiento aproximado de la realidad. La falta de cobertura de registros de nacimientos se estima en el 58% y la de defunciones en un 77%, lo cual genera diversidad de cifras para los principales indicadores.

d) Situación precaria de salud. Se estima que las tasas de mortalidad infantil, materna, natalidad y fecundidad están entre las más altas de Latinoamérica. El 70% de las muertes en menores de 1 año son causadas por enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas. La morbilidad es básicamente infecciosa y parasitaria. Las enfermedades respiratorias agudas y las diarreicas son las más frecuentes y las causas más importantes de la mortalidad general.

e) Falta de cobertura. La Constitución Política establece que el Estado, a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública es el responsable de dar cobertura al 100% de la población. Sin embargo, en la actualidad, los servicios de salud solamente cubren al 38% de los bolivianos. A pesar de los esfuerzos realizados en los diferentes planes y proyectos de salud abordados por el Estado desde los años 80, la realidad muestra que existen todavía grandes dificultades para el acceso a la salud. En general la red de servicios públicos para la protección y el restablecimiento de la salud se han mostrado insuficientes para las necesidades de salud de los bolivianos cuyas condiciones pueden considerarse entre las más precarias de América Latina y el Caribe.

### **2.1.2 La organización del sistema**

Existe en Bolivia una decisión política de transformar los servicios de salud para responder de una forma equitativa, eficaz y eficiente a los problemas de salud. Dicha política está basada en primer lugar en la regionalización y descentralización de los servicios y en la extensión de la cobertura y la oferta de atención médico sanitaria.

El sistema de salud está desconcentrado en tres niveles territoriales. En primer lugar, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública es la máxima instancia en materia de salud, responsable de la definición de las políticas nacionales, la planificación, control y coordinación de las actividades de salud, en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción. Se estima que los servicios de salud ofrecidos por el Ministerio de Salud cubren aproximadamente al 38% de la población.

El sistema de Seguridad Social está integrado por el Seguro Social y por el Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS). Estos seguros, en los que el Estado es el principal empleador cubren a los trabajadores formales y llega aproximadamente al 24% de la población.

El nivel regional de salud está integrado por doce Unidades Sanitarias que se dividen en diferentes Distritos según la accesibilidad y densidad geográfica de cada unidad. Este nivel tiene la responsabilidad de administrar la prestación de servicios de salud dentro de los marcos de delegación de autoridad. Su función principal consiste en la planificación y organización operativa de la región mediante la traducción en metas y acciones específicas de las políticas y estrategias del Plan Nacional de Salud.

A nivel de Distrito existen instancias desconcentradas de las unidades de salud, que se definen en espacios territoriales determinados donde ejercen los servicios de salud. Estos son los Sistemas Locales de Salud.

### **2.1.3 Antecedentes de la descentralización y características del sistema**

Los servicios de salud en Bolivia se regionalizaron administrativamente en 1958, a partir de la constitución del Ministerio de Salud en once unidades sanitarias, siguiendo la división político-administrativa existente. Se establecieron no obstante, dos unidades adicionales en base a características socioeconómicas, demográficas y de comunicación. No obstante las características actuales comienzan a perfilarse en la década del ochenta.

Efectivamente, en 1983 se estableció el Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud (PIAAS) utilizando la estrategia de Atención Primaria de Salud, y surgen las mencionadas áreas como las unidades mínimas de servicio territorial responsables de ofrecer atención médica integral a una población definida. A partir de 1986 el Ministerio, a través de la Subsecretaría de Salud Pública inició los trabajos para un proyecto de “Desarrollo de los servicios de salud con énfasis en la Atención Primaria de salud”. Se propuso un plan de mediano plazo para el desarrollo de los servicios descentralizados, en base a la estrategia propugnada por la OPS para los Sistemas Locales de Salud, adaptándolos a la realidad boliviana.

En 1989 se presentó la “Estrategia de Desarrollo Económico y Social” para la descentralización del poder ejecutivo, propuesta que incluye la descentralización de los servicios como mecanismo para subsanar las deficiencias administrativas del sector. Así los servicios del Ministerio, se incorporan a un sistema regionalizado que comprende cuatro niveles, el central, regional, distrital y el de área. Las unidades regionales serían delegaciones del Ministerio en el proceso descentralizador.

Desde 1989 hasta la actualidad, el fortalecimiento institucional y la desconcentración de los servicios a través de los Distritos se convierte en una de las principales líneas estratégicas de las políticas públicas del gobierno boliviano. En esta dirección, se llevan a cabo diferentes acciones, con el propósito de consolidar un sistema nacional de salud integrado y descentralizado.

En 1991 el Ministerio, con la cooperación técnica de la OPS/OMS presentó las “Bases de organización y desarrollo de los Distritos de Salud”, donde se identificaron la descentralización y el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud como elementos básicos para la reforma del sistema de salud boliviano. El objetivo principal de este proyecto era el fortalecimiento de la red de servicios, a partir del desarrollo de los Distritos de salud. En él, se concibe la regionalización como un mecanismo técnico-administrativo para la mejora de las condiciones de salud, donde éste constituye la célula básica administrativa, con unidad de gestión y ente responsable de un territorio determinado. Se establecieron además los criterios de regionalización para la selección de los Distritos en el ámbito territorial.

En Junio de 1993 se entregó el “Documento de Trabajo para la Desconcentración y Descentralización de la salud”, que contiene las líneas maestras del plan operativo de descentralización de la salud y se aprobó la Resolución Ministerial N° 0693, que contiene el Plan de Ordenamiento Institucional de Políticas de Salud y de Desconcentración Administrativa del Ministerio, en la que se establecen los principios de organización y funcionamiento del sistema de salud.

Los SILOS se corresponden con los Distritos sanitarios, definidos como “un conjunto de recursos de salud interrelacionados y responsables de la atención integral de la salud de una población definida, en un área geográfica delimitada, con un equipo de dirección responsable de la gestión del equipamiento social, dedicado a la protección y al mejoramiento de la salud de la población de ese territorio y con poder resolutivo, capaz de resolver en proporción significativa, los problemas de salud de las colectividades” (OPS/OMS, 1994).

Los Distritos constituyen el tercer nivel de desconcentración del sistema y están integrados por un número determinado de Áreas de Salud las cuales, a su vez, están integradas por sectores. Se estima que ya se han constituido unos 54 Distritos, integrando unas 300 Áreas (OPS/OMS, 1994).

Las Áreas de Salud constituyen entonces el punto último del sistema administrativo; son las unidades operativas básicas de los SILOS, y sus objetivos son hacer efectiva la extensión de la cobertura de salud garantizando el acceso de la población a los servicios mediante el desarrollo de acciones oportunas, eficientes, y

equitativas. Cada Área de Salud debe abarcar una población de entre veinte y treinta mil habitantes, incorporados en una extensión territorial determinada.

Las funciones asignadas al Área de Salud son las siguientes:

- Implementar las políticas e identificar los daños locales para la elaboración de estrategias de ataque;
- Funcionar institucionalmente como parte de una red de servicios, de forma que se asegure la referencia y contrarreferencia de información y pacientes;
- Contribuir a la formación y capacitación del personal de toda la red, en nuevos estilos de pensamiento y trabajo profesional;
- Desarrollar el subsistema de información que refleje las condiciones de salud de la población y la prestación de servicios;
- Desarrollar los sistemas de vigilancia epidemiológica;
- Desarrollar los subsistemas de control y evaluación técnica de la calidad de los servicios;
- Efectuar un enfoque epidemiológico activo en la búsqueda de daños y en la identificación de riesgos en la población;
- Normativizar las actividades a nivel de área;
- Organizar la colaboración intersectorial alrededor de la solución de los problemas de salud locales;
- Estimular la participación activa de la comunidad y su vinculación a las tareas de planificación, organización, dirección y control de las actividades sanitarias.

La delimitación del ámbito de actuación de los SILOS y el establecimiento de criterios para definir los territorios ha sido uno de los retos a los que ha tenido que enfrentarse el proceso de regionalización. Los criterios de regionalización teóricos previstos para la selección de los Distritos son los siguientes:

1. Criterio político-administrativo: supone que los Distritos se establezcan teniendo en cuenta la división política existente en el país.

2. Criterio demográfico, socioeconómico y de accesibilidad a los servicios: en virtud de la relación población-territorio-servicio, se establecen números máximos y mínimos de población asignada a los distritos y áreas de salud.
3. Criterio de economía de escala, ahorro y eficiencia en el uso de los recursos.
4. Criterio de capacidad instalada de servicios de salud: teniendo en cuenta los recursos existentes y las necesidades.
5. Criterio epidemiológico y de ambiente: a partir de la identificación de los medios existentes, las características de la población y el estado de conservación y riesgo del ambiente para la organización de los Distritos.

En la práctica, la delimitación territorial de los SILOS no es una cuestión sencilla. En este sentido, parece acertado considerar que se respete la división político-administrativa, cuando exista, y se le asigne un Distrito a cada provincia. En el caso de que se trate de territorios muy extensos podrían asignarse a más de un Distrito o pertenecer varias provincias a un solo Distrito. En las zonas en que no existan límites político-administrativos definidos, deberán tenerse en cuenta otras formas de organización comunitaria existentes así como la demanda por prestación de servicios (C. Dabdoud, 1994).

Los Distritos cuentan con tres tipos de establecimientos para la atención sanitaria: el Hospital del Distrito, con ámbito de actuación en todo el territorio; el Centro de Salud, correspondiente al Área de Salud y el Puesto de Salud, correspondiente al Sector de Salud.

La legislación vigente es consciente de la importancia de que existan hospitales vinculados a los Distritos y de hecho establece obligaciones de colaboración y de apoyo a las Áreas de Salud. Sin embargo el problema consiste en que todo ello es imposible de llevar a la práctica en la actualidad, dada la escasa y deficiente red de hospitales con que cuenta. La normativa contempla además la posibilidad de que, mediante convenios con el Ministerio, diferentes entidades tales como Municipios, Universidades u ONGs, puedan participar en la gestión integral de uno o más Distritos y de las Áreas de Salud. También puede existir la posibilidad de participar en la ejecución de uno o más programas establecidos en la política nacional.

La implementación de la estrategia de desarrollo de servicios de salud descentralizados requiere inversiones. Para ello se han establecido una serie de mecanismos técnicos y financieros en base a dos líneas de financiamiento: por un lado el financiamiento nacional y por otro la cooperación técnica internacional y el financiamiento externo.

El financiamiento nacional está constituido por el monto previsto para la salud en los presupuestos anuales. Resulta adecuada a la estrategia de desarrollo pero insuficiente para asumir los gastos requeridos. Por esta razón se recurre a la cooperación técnica internacional y al financiamiento externo que apoyan al Ministerio en los gastos de operación, apertura y explotación de las unidades que se constituyan, de forma que éste vaya paulatinamente hasta que en un plazo de cinco años, pasen a ser responsabilidad total del gobierno boliviano.

En definitiva, en la situación actual en que se encuentra Bolivia, no sólo a nivel sanitario sino también económico, social y político, una estrategia de desarrollo de los sistemas de salud como la que se pretende, no puede ejecutarse sin la movilización de recursos financieros externos.

#### **2.1.4 Grado de implementación de los SILOS y valoración**

En el proceso de desconcentración de la salud en el que se enmarca el desarrollo de los SILOS, se han observado algunas deficiencias como son la excesiva dependencia del sector respecto de la cooperación internacional; una débil política financiera; debilidad técnico-administrativa del Ministerio en las tareas de coordinación; insuficiente remuneración de los funcionarios de salud; inadecuada formación de recursos humanos; y, por último, el hecho de que la regionalización de la salud no coincide con el desarrollo de otros sectores como la educación.

Para su valoración, tenemos que tener en cuenta que se trata de un proceso reciente que está en plena ejecución; sin embargo, se han realizado algunas evaluaciones y estudios concretos del funcionamiento del sistema, circunscritos a un área determinada y a uno o varios distritos, de los cuales se extraen algunas conclusiones que, si bien quizás no son todavía extrapolables a la situación global del país, pueden servir para ilustrar cual es el estado de la cuestión reciente, así como llamar la atención sobre posibles problemas que se están planteando en la práctica.

En los estudios consultados, se detectan las siguientes limitaciones:

- Falta de implementación de estructura orgánica y funcional en los diferentes niveles: infraestructura deficiente, planta física deficiente y de inadecuada funcionalidad, incipiente desarrollo de los sistemas técnicos administrativos de apoyo a los niveles, verticalidad de los programas y presupuesto deficiente.

- Proceso de descentralización incipiente que se traduce en poca participación a nivel local, ausencia de diagnóstico de la situación de la salud, falta de elaboración{ de proyectos locales, incipiente desconcentración administrativa.
- Poco desarrollo de la información, ya que no se difunden adecuadamente los programas de salud. Los Distritos afectados por diferentes programas no reflejan el conocimiento de éstos ni de las políticas del Ministerio.
- Escasa participación activa interinstitucional

## **2.2 La descentralización de la salud en Chile. Los Sistemas Locales de Salud**

### **2.2.1 Los sistemas de salud en Chile**

En Chile existe un sistema de salud mixto y descentralizado; es decir, se trata de un sistema en el que existe participación del sector público y privado y en el que el nivel central del estado se desconcentra en diferentes entes regionales y la atención de la salud se encuentra descentralizada. Según el Decreto Ley 2763, el sector salud está constituido por “todas las personas de derecho público o privado que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma”.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952 para reemplazar a un conglomerado de instituciones públicas que actuaban de forma inconexa en el área de salud. El Servicio desapareció como tal a raíz de las reformas llevadas a cabo en los años 80 siendo sustituido por el “Sistema Nacional de Servicios de Salud” (SNSS).

El sector público es el encargado de la definición de políticas, normas y planes, así como de la supervisión de su cumplimiento y participa parcialmente en la ejecución de las prestaciones de salud. No obstante el sector privado cumple un papel muy importante en el sistema. Efectivamente el Decreto Ley 2575 estableció el “Sistema de Libre Elección”, que implica la capacidad de elegir por parte de los beneficiarios al sistema de salud al que quieren acogerse y permite convenios con instituciones públicas y privadas. El inicio de la participación del sector privado en la administración del financiamiento y en el desarrollo de sistemas de atención médica privados, se produce a través de las “Instituciones de Salud Previsional”, ISAPRES.

El derecho a la salud está garantizado en la Constitución Política de 1980, estableciendo expresamente que “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo”.

Este derecho fue reconocido por primera vez como básico durante la administración del Presidente Frei Montalba en el periodo de 1964 a 1970. De acuerdo con la definición de salud elaborada por la OMS, se estableció que la salud era un derecho que abarcaba el bienestar tanto físico como mental de la población al que debían tener acceso todos los habitantes del país, cualquiera que fuera su condición socioeconómica. Se incorporó así el concepto de salud integral en el sentido de cumplir los requisitos de ser suficiente, oportuna y continua y que incluyera la participación de la comunidad.

### **2.2.2 Estructura organizativa**

El sistema de salud chileno está constituido por un subsector público o estatal, el sistema municipal y el sector privado.

1. El primero, el subsector público o estatal está formado por el Ministerio de Salud, como instancia rectora máxima a nivel nacional, y del que dependen el resto de los organismos estatales de salud.
  - El Ministerio de Salud se desconcentra territorialmente en 13 Secretarías Regionales de Salud (SEREMIS), como instrumento del proceso de regionalización de la salud. Según el Decreto 2763, que las regula, se trata de organismos desconcentrados distribuidos territorialmente en cada una de las trece regiones político-administrativas existentes, sin personalidad jurídica ni patrimonio propio. Sus funciones son las de representación del Ministerio en la región, control del cumplimiento de las políticas diseñadas a nivel central y de las acciones de los servicios de salud, ejecución de las normas legislativas y directivas ministeriales, coordinación con organismos no pertenecientes al sector y aprobar las proposiciones de los directores de los servicios de salud.
  - El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), está compuesto por 27 entes descentralizados, repartidos por los territorios regionales sin relación directa con la región como instancia político administrativa. Estos servicios son los encargados de la ejecución de los programas de salud del subsector público.
  - El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es un organismo descentralizado encargado de administrar los recursos financieros, esto es, los recursos

estatales y las cotizaciones previsionales de los trabajadores que eligieron el sistema público de atención.

- El Instituto de Salud Pública (ISP) es el laboratorio nacional.
  - La Central de Abastecimientos (CA), que provee los medicamentos e insumos necesarios para el desarrollo de las funciones del sistema.
  - La Superintendencia de ISAPRES, que es el órgano supervisor de las mencionadas instituciones de salud previsual.
2. El Sistema Municipal está formado por entes prestadores de servicios de salud de nivel primario y depende de las administraciones municipales bien de forma directa, bien a través de corporaciones. El sistema municipal es financiado por la administración del Estado a través de subvenciones.
3. El Sector privado está integrado por dos tipos de organismos: las instituciones sin fines de lucro tales como la Cruz Roja, ONGs, etc.; y entidades con fines de lucro que incluyen desde profesionales particulares a las ISAPRES, que son la modalidad privada del sistema de libre elección.

Como se ha señalado, la Atención Primaria de Salud corresponde a los municipios a través de las postas, consultorios rurales y urbanos y estaciones médico rurales. El nivel secundario corresponde al Sistema Nacional de Salud a través de los 27 servicios. Estos son los responsables de los hospitales y consultorios de especialidad. El nivel terciario también corresponde a los servicios mencionados.

Por su parte, el subsector privado puede hacerse cargo de los tres niveles de atención y cuenta para ello con clínicas, hospitales, centros médicos, y laboratorios.

En base al principio de libre elección, el usuario puede elegir entre ser atendido por los servicios estatales o por los servicios privados mediante la entrega de la cotización previsual (7% de la renta imponible), bien a FONASA, bien en una ISAPRE. Sin embargo es un hecho que los niveles de renta de la mayor parte de los chilenos no permiten que éstos opten efectivamente por el sistema privado.

En cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud existentes, se estima que el 72% de la población tiene derecho a recibir prestaciones del sistema estatal; de ellos, al menos el 59% está en situación de pobreza y no tiene otra opción.

### 2.2.3 La descentralización de la salud

A principios de los años setenta el sistema de salud chileno se caracterizaba por estar integrado por una mezcla de agentes de salud públicos y privados, con preponderancia de lo público, en que el Estado se hacía cargo, de forma mayoritaria, tanto del financiamiento como del otorgamiento de prestaciones de salud. El sector público estaba constituido por un conjunto de servicios médicos dependientes de distintas secretarías de Estado (salud, defensa, obras públicas, etc.).

Las reformas iniciadas en 1973 y que tomaron forma a partir de 1980, no sólo afectan a la estructura organizativa y forma de financiación sino que favorecen decididamente la privatización del sistema. El esquema iniciado en esta época es el origen de la configuración del sistema de salud que se mantiene en la actualidad.

Dicho proceso ha sido conocido, desde la terminología oficial, como un proceso de descentralización, sin embargo en realidad constituía un proceso de desconcentración, ya que las autoridades regionales y municipales, encargadas de administrar los servicios no han sido autoridades descentralizadas sino desconcentradas, dependientes, en una relación jerárquica, de la administración central.

El problema básico que pretendía superar la reforma era la excesiva centralización y burocratización existente en el sistema de salud, lo cual no era sino un reflejo de la existencia en Chile de un gobierno fuertemente centralizado en el que se concentraban todas las iniciativas. Esta situación general repercutía en el sistema de salud convirtiéndolo en centralizado, burocratizado y jerarquizado, insensible a las demandas y con falta de eficiencia en la utilización y distribución de los recursos. A la centralización habría que añadir otros problemas tales como la baja eficiencia administrativa, la poca capacidad de resolución, el déficit en el ámbito profesional de las personas, insuficiente focalización de subsidios, etc.

En respuesta a estos problemas se elaboraron planes, programas y normas jurídicas encaminadas a la creación de un nuevo sistema de salud. Las nuevas políticas pretendían conseguir equidad en los beneficios y en los pagos, focalizar los subsidios mediante el establecimiento de subsidios directos a los grupos de menos recursos, aplicar la libertad de elección, aplicar el principio de subsidiariedad, aumentar la eficiencia así como la capacidad de respuesta a las necesidades de la población (E. Miranda, 1993)

Desde el punto de vista institucional la reforma supuso por un lado la reorganización del sistema estatal de salud, por otro la municipalización de la atención primaria.

La transferencia a las municipalidades de los programas de Atención Primaria comenzó en Chile dentro de un contexto autoritario donde las autoridades municipales eran designadas directamente por el Presidente de la República, en 1981 y 1982 traspasándose, por convenio entre el Ministerio de Salud y las municipalidades, aproximadamente el 30% de los establecimientos. Se convierte en competencia de las municipalidades las consultas, tratamientos, controles y urgencias médicas de atención primaria y la administración de los establecimientos de nivel primario de atención existentes: las postas rurales de salud, los consultorios generales rurales y urbanos y las estaciones médico-rurales.

En virtud de los convenios de transferencia entre el SNSS y las municipalidades, se establecen una serie de obligaciones a cumplir por cada parte (Jiménez y Gili. 1989:154). Las municipalidades tienen la obligación de atender con sus servicios a los beneficiarios del SNSS; asegurar el funcionamiento de los establecimientos a su cargo; mantener la calidad de la atención existente en los establecimientos traspasados; y estar sujetas a la supervisión técnica del Ministerio de Salud. Por su parte el Ministerio de Salud y el SNSS deben desempeñar el rol de gestores y fiscalizadores de la política de salud en general y del nivel primario en particular. Los servicios de salud deben transferir junto con los establecimientos, los elementos necesarios para las prestaciones que deben otorgar (personal, equipos, instalaciones, etc.); deben entregar las instrucciones que permitan programar las actividades de cada establecimiento; tienen la función de supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas y normas del Ministerio de Salud; deben aportar apoyo de diagnóstico si se requiere por las municipalidades; y ejecutar las acciones de salud que no pueden ser resueltas por el nivel primario dada su complejidad.

Este mecanismo pretendió facilitar la identificación y solución de los problemas de salud de la comunidad, facilitar la participación de la comunidad en los problemas de salud así como la coparticipación del gobierno comunal en el sistema nacional de servicios de salud.

En todo caso, el proceso ha estado íntimamente marcado por la privatización. “El propósito último de los pensadores y promotores de la reforma del sistema de salud durante el régimen dictatorial era el de privatizar. Así está expresado en documentos y así lo sostienen hoy los herederos más cercanos del régimen militar que actúan en política, propugnando el modelo de subsidio a la demanda operado exclusivamente por instituciones privadas. Para ellos, el mercado y la iniciativa privada se encargarían mucho más eficientemente de cumplir las tareas de entregar salud y de organizar sistemas eficientes y eficaces” (Jiménez de la Jara, 1994:22).

La crisis de 1982, al forzar al gobierno central a colocar un techo a los recursos fiscales disponibles para la municipalización, obligó a los municipios a no solicitar la transferencia por vía voluntaria. El proceso pudo continuarse a partir de 1987; a partir de esa fecha se transfirió el resto, aunque ya habían sido advertidas las dificultades financieras del traspaso y, a pesar de que la asociación médica estaba en contra de dicho proceso.

La Ley Orgánica de Municipalidades entonces vigente permitía el traspaso, bien directamente a la municipalidad, estando ésta encargada de gestionar el servicio de manera directa, o bien a una corporación municipal de desarrollo, dependiente de la municipalidad, pero sin que ésta última tenga injerencia directa en la gestión del servicio.

La modalidad de administración directa supone el desarrollo de las funciones de salud pública por el mismo municipio. Para ello, la legislación exige que se cree una unidad de salud y que se elabore un presupuesto separado para el servicio de salud. En los casos en que se asuma la segunda opción, ésta podía llevarse a cabo delegando la administración de los establecimientos de salud a cualquier persona jurídica de derecho privado sin fines de lucro, o ejerciendo la administración de los servicios de salud a través de corporaciones constituidas por la municipalidad. En ambos casos, se trata de personas jurídicas sin fines de lucro. La diferencia básica consiste en que el municipio, a través del alcalde, participa en la gestión de las corporaciones. A pesar de que este tipo de corporaciones han sido prohibidas por la nueva legislación municipal, las creadas a efectos del traspaso, continúan gestionando los servicios. De las 335 municipalidades que tiene Chile, 61 delegaron la administración de los servicios de salud en estas corporaciones.

Entre los mecanismos de traspaso destacan:

- a) Un acuerdo entre el SNSS y las municipalidades a través del cual éstas recibirían:
  - toda la infraestructura en comodato durante cinco años, renovándose dicho acuerdo en forma automática si ambas partes estaban conformes;
  - una lista del personal transferido a las municipalidades, que pasarían a ser empleados municipales y se regirían de acuerdo al Código Laboral del Sector Privado.
- b) La municipalidad tendría que proporcionar todos los servicios de salud necesarios en los centros transferidos, además de las iniciativas complementarias de salud que dictaminara el Ministerio de Salud como la entrega de alimentos y las vacunaciones.

A su vez, el Servicio correspondiente sería responsable de la supervisión, control, evaluación y asistencia a las municipalidades y del cuidado de pacientes derivados por los servicios municipales.

Una de las características más originales la constituye el sistema de financiamiento. El financiamiento de los servicios municipales de salud se basa en la cantidad y tipo de servicios prestados bajo el sistema de Facturación por Atención Prestada por las Municipalidades (FAPEM). El FAPEM es un sistema de pago anticipado y de reembolso que tiene quince categorías de servicios de atención primaria, cada una de las cuales tiene un valor que cubre los gastos de bienes y servicios, personal y mantención. La inversión en infraestructura y equipos es de responsabilidad de las municipalidades.

Aunque la idea original era que el sistema nacional cubriera los costos totales de la provisión local de atención primaria, a partir de 1982 el financiamiento central empezó a declinar, lo que se manifestó en déficits en las municipalidades. Aunque la gestión municipal exige un presupuesto separado para la salud y educación, muchas transferencias trataron de cubrir el déficit con transferencias desde otras finalidades; las diferencias en este sentido -y en las posibilidades de hacerlo- entre las municipalidades, ha sido enorme.

La segunda reforma relacionada con la dimensión espacial de la salud fue la división del tradicional Servicio Nacional de Salud, que fue transformado en 26 servicios autónomos regionales, más el Servicio de Salud metropolitano del ambiente, que son los órganos ejecutores de las acciones de salud y son capaces de proporcionar servicios preventivos y curativos en zonas geográficas determinadas. Cada uno de ellos cuenta con una infraestructura destinada a prestar servicios que van desde la atención primaria hasta la atención terciaria o especializada, gozan de autonomía administrativa, planta de personal propio y manejo presupuestario y patrimonial relativamente independiente.

Estos servicios se definen como funcionalmente descentralizados, para la realización de las acciones de salud. No obstante tienen una importante dependencia del nivel central ya que los servicios dependen del Ministerio de Salud, que mantiene funciones normativas, de evaluación y de supervisión a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, que constituyen el órgano desconcentrado del Ministerio. Por otra parte, el Servicio es dirigido por un Director que es directamente designado por el Presidente de la República, lo que evidentemente lo sitúa en una posición poco independiente del nivel central.

Los servicios tienen en principio autonomía para tomar ciertas decisiones relacionadas con los aspectos siguientes:

1. Manejo presupuestario. Elabora el proyecto de presupuesto de acuerdo a las normas de la Ley de Administración Financiera del Estado. Una vez aprobado, dentro de los Presupuestos Generales del Estado, lo ejecuta, asignando el presupuesto global a los establecimientos y coordina, inspecciona, asesora, controla y evalúa la ejecución presupuestaria, etc.
2. Manejo del personal. No obstante el Director no puede cambiar las escalas de sueldos ni la estructura profesional del personal contratado. En materia de personal es el Sistema Nacional el que asegura a cada servicio los cargos, el presupuesto anual de remuneraciones y la escala de sueldos nacional. Bajo este marco cada servicio autónomo selecciona, contrata, califica, capacita, promueve y cesa las funciones del personal.
3. Medicamentos. En esta materia el servicio tiene las funciones de supervisar el expendio privado de fármacos y drogas; el control de estupefacientes. En relación con el abastecimiento de insumos farmacológicos, para los establecimientos del sistema, cuenta con atribuciones para realizar estudios y decidir sobre programas de compras, proveedores, almacenaje y distribución de estos productos.
4. Contrato o suministro de bienes o servicios necesarios para el funcionamiento del sistema. En lo que respecta a obras de infraestructura, instalaciones o equipos que signifiquen montos altos no incluidos en los presupuestos, deberán presentarse en forma de proyecto de inversión o fondos regionales o sectoriales para su aprobación o rechazo.
5. Adaptación de normas técnicas nacionales al manejo local.
6. Autonomía para establecer convenios con instituciones.
7. Poder de decisión para definir políticas de salud oral

El financiamiento del SNSS se efectúa desde 1978 por el procedimiento de Facturación por Atención Prestada (FAP), por el que se establece una relación entre la producción de prestaciones de salud y el financiamiento de las unidades asistenciales.

En definitiva, se pretende que la ejecución de las acciones estatales de salud en Chile esté descentralizada y funcione con autonomía mediante los servicios de salud. Su creación se encamina a conseguir una mayor descentralización administrativa en el sector, el incremento de autonomía en lo técnico, el

establecimiento de las bases para potenciar la capacidad administrativa así como un reforzamiento de la atención primaria.

#### 2.2.4 Evaluación del sistema

Aunque el sistema ha sido evaluado favorablemente por algunos sectores y en general se considera que debe ser mantenido, una crítica reciente que realizara Jiménez de la Jara (1994), quién fuera Ministro de Salud del Presidente Aylwin destacaba lo siguiente:

1. La financiación del antiguo SNS en 26 servicios regionales creó unidades operativas efectivamente más manejables, pero no se dotó de recursos ni capacitación para que sus ejecutivos pudiesen realizarla efectivamente. Esto implicó una crisis de manejo a nivel regional, que unido a otros efectos, afectó gravemente el desarrollo de estas nuevas estructuras.
2. Al hacerlas depender jerárquicamente del Subsecretario de Salud se provocó una centralización en los hechos que afectó al Ministerio pues se incentivó de buscar soluciones al nivel central, esta vez ministerial. La percepción por parte de los actores del sistema de esta relación dio por resultado la sobrecarga de poderes y decisiones al nivel central, con los conflictos administrativos y políticos consecuentes. El Ministro y el Subsecretario pasaron a ser los responsables últimos de la gestión en la práctica. Estas condiciones, unidas al hecho de que las rigideces propias de la administración pública son poco compatibles con un tipo de trabajo esencialmente variable y cíclico como es la atención de salud, hicieron que el manejo del sector público de salud se transformase en algo muy rígido.
3. El manejo financiero de los servicios regionales nunca fue entregado a FONASA, manteniéndose estas atribuciones en el Ministerio, con la consiguiente ausencia de agilidad y el mayor control por parte de éste último.
4. Los flujos financieros además, estaban determinados en un 50 o 60% por la fijación de las remuneraciones y sólo en un 25 a 30% por el sistema FAP, con lo cual la capacidad de hacer verdadera gestión ha sido extraordinariamente limitada para las regiones.
5. La transferencia de la Atención Primaria de Salud a la administración municipal, fue un proceso políticamente muy resistido y traumático. Creó la sensación de funcionarios de segunda clase a quienes fueron transferidos y generó una demanda sobre los gobiernos municipales de mayores recursos y de

gestión para la cual no se sentían preparados. De hecho, el sistema de facturación FAPEM, tampoco cumplió con sus objetivos de eficiencia pues contenía incentivos equivocados hacia las prestaciones curativas, en un comienzo sus precios eran demasiado altos por lo que se excedieron los presupuestos del gobierno y fue necesario poner techos. En la práctica, estos mecanismos de asignación financiera fueron regresivos pues en términos comparativos y en relación a la pobreza de sus habitantes, las comunas ricas recibieron mayores subsidios que las pobres. De hecho, varias evaluaciones concluyeron que había serias ineficiencias administrativas.

### **2.2.5 Las últimas reformas: hacia una mayor descentralización**

A partir de la reforma de la Constitución Política en 1991, con el advenimiento del nuevo estado democrático, el nuevo gobierno se planteó importantes reformas en el área de la salud que afectan a la descentralización (Friedmann, 1994).

A partir de 1992 se puso en práctica la ejecución del nuevo “Plan de Readequación del Sistema Público de Salud”, cuyo objetivo es la mejora del subsector público en base a la reforma y perfeccionamiento del sistema de atención, adaptándolo al perfil epidemiológico actual; el modelo de gestión; y el sistema interno de financiamiento. Se trata de un conjunto de proyectos propuestos para los seis años siguientes que responden a la necesidad de hacer frente a graves problemas detectados en la realidad, como es la falta de equidad del sistema y la evidencia de que el sistema público no atiende eficazmente las necesidades de la población.

El plan de acción propone un sistema de salud en el que el Estado asume la responsabilidad de otorgarla pero no necesariamente de prestar los servicios. De este modo, el Estado y el sector privado intervienen en salud conjuntamente o por separado, dependiendo de la forma que resulte más eficiente para el logro de los objetivos.

En el nivel central se ha creado así la División de Programas de Salud y la División de Planificación y presupuesto. La primera tiene por finalidad diseñar las políticas, planes y programas por las que deben regirse las acciones de salud. Se hace cargo también de la supervisión del cumplimiento de los programas y de la realización de los estudios que le encomienden las autoridades.

Dentro de este departamento se ha creado una División de Atención Primaria, cuyo objetivo es proponer los planes, programas, y normas adecuados para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Para ello, elabora un programa anual basado en un diagnóstico de problemas a resolver y de estrategias

específicas en el que se establecen las normas técnicas de la atención primaria, su organización y funcionamiento.

La estrategia de atención primaria, incluye programas de capacitación para la gestión primaria; programas para el desarrollo de formas de cooperación entre servicios públicos y organizaciones gubernamentales; programa de salud rural; programa para el desarrollo del trabajo social y un estatuto de Atención Primaria en salud municipal.

La División de Planificación y presupuesto se ocupa de asesorar al Ministro en relación a la formulación de políticas, planes, programas y normas relacionadas con los recursos humanos, físicos y financieros del sistema.

## **2.3 El sistema de salud en Colombia**

### **2.3.1 Diagnóstico de los problemas del sistema de salud en Colombia**

Los análisis realizados sobre los problemas de salud en Colombia estiman con bastante generalidad que los problemas de salud en el país no son exactamente de insuficiencia de recursos. El actual gasto en el sector, público y privado, alcanza el 7% del Producto y esta cifra debiera permitir una cobertura total de los servicios básicos. Los problemas fundamentales diagnosticados son pues de escasa cobertura del sistema, un modelo de atención curativo que no otorga su justa importancia a la prevención y la educación en salud, el cambio de perfil epidemiológico que eleva los gastos del sistema, la descoordinación institucional existente y, por último, un modelo centralizado y jerarquizado que dificulta la asignación eficiente de los recursos.

Respecto de la cobertura, los diferentes mecanismos de seguridad social, medicina privada y asistencia pública son capaces de atender entre el 60 y 70% de la población, aunque es muy difícil medir la cobertura lograda a través del gasto privado en salud. De todas formas, lo cierto es que el sistema refleja una solidaridad restringida al sector urbano y formal de la economía y, por consiguiente, una profunda inequidad. En efecto, son los grupos más pobres, entre los que se encuentran los desempleados, los trabajadores estacionales, los pequeños campesinos, los que manifiestan mayores necesidades de salud y sin embargo los que reciben menores servicios.

Por otra parte predomina, como en la mayoría de los países de la región, un modelo de atención médica de tipo curativo y hospitalario, frente al modelo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, lo que implica un encarecimiento de la atención sanitaria de la población.

El sistema debe afrontar además una transformación profunda del perfil epidemiológico existente. A las patologías propias de los países subdesarrollados (tales como desnutrición o enfermedades infectocontagiosas), se deben añadir aquellas propias del mundo desarrollado, con el consiguiente aumento del coste de la atención.

Otro elemento que eleva los gastos del sistema es la descoordinación y el paralelismo mencionados entre el sistema de seguridad social y la asistencia pública en salud. Este paralelismo, la burocracia, la actitud negativa de los funcionarios, la falta de planificación estratégica, la carencia de sistemas de control de gestión y contabilidad de costos, explican, junto a otras causas no determinadas, la deficiente gestión del modelo.

La escasa calidad de los servicios de salud, los altos costos del sistema y la insatisfacción de los usuarios son consecuencia, en buena medida, de un modelo de atención excesivamente centralizado y jerarquizado.

El Sistema Nacional de Salud anterior a la reforma (SNS) fue creado por Decreto Extraordinario N° 56, de 15 de Enero de 1975 y estaba constituido por un conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades, de naturaleza pública o privada, que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

El SNS estaba estructurado en cuatro niveles:

1. El nivel nacional estaba integrado por el Ministerio de Salud y los establecimientos e instituciones descentralizadas adscritas al mismo;
2. El Segundo Nivel, constituido por los servicios seccionales de salud estaba formado por treinta y tres servicios en las capitales de departamento, intendencias, comisarías y distrito especial de Bogotá.
3. Las Unidades Regionales de Salud constituían el tercer nivel y estaban formadas por 107 unidades que dirigían los hospitales regionales o universitarios.

4. Por último, el cuarto nivel o nivel local estaba integrado por unidades ejecutoras de los programas de salud, consistente en 520 hospitales locales y 3.000 puestos y centros de salud.

### **2.3.2 La reforma del sistema de salud. La ley 10**

La Constitución Política de Colombia de 1991 garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social y concibe la salud como un servicio básico, que constituye para los ciudadanos un derecho gratuito y obligatorio, que debe ser gestionado de forma participativa y descentralizada. El sistema de salud estará regido por los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad.

El funcionamiento del sistema de salud en Colombia ha experimentado una profunda transformación en los últimos años. La falta de equidad del sistema, que excluye de los beneficios de la salud a más del 40% de la población, las deficiencias de gestión, la incorrecta asignación de recursos, en definitiva la crisis del modelo existente, hicieron impostergable una reforma en profundidad, la que se inició con la denominada Ley 10, de Enero de 1990, sobre Reorganización del Sistema de Salud y con las correspondientes disposiciones constitucionales.

La ley 10 constituye una ley marco que establece los principios básicos del sistema de salud, quedando su reglamentación en manos del Ministerio de Salud, las Asambleas Departamentales y los Concejos Municipales.

Uno de los elementos básicos fue la intención de unificar la seguridad social y la asistencia pública en un único sistema de seguridad social, a fin de eliminar el doble sistema de solidaridad parafiscal y fiscal preexistente. Para ello se previó la creación de un Seguro Integral de Salud, que cubriría los servicios básicos de salud y que garantizaría la equidad en la distribución del costo social de los servicios, estableciendo mecanismos contributivos de carácter progresivo, en función de la capacidad económica individual o familiar. Sin embargo, aunque existe un fuerte consenso sobre la conveniencia de diseñar este seguro universal de salud, surgen discrepancias en cuanto a su organización estructural y su funcionamiento. Por otra parte, la financiación de los aportes de los trabajadores independientes, de los informales y de los indigentes es un problema cuya solución plantea dificultades administrativas de mucha entidad.

El objetivo declarado del Gobierno de Colombia es conseguir ampliar la cobertura hasta hacerla universal en el año 2.000, sin elevar sustancialmente los recursos financieros. Para ello se parte de la premisa de que se puede mejorar de forma importante la eficiencia del sistema con una mejor organización y gestión de los recursos existentes.

Desde el punto de vista de la organización, adquieren particular importancia la descentralización política y administrativa, la mejora de la coordinación institucional, la unificación de los subsistemas de seguridad social y asistencia pública, el control público y la regulación estatal de la salud en virtud del carácter público y obligatorio del servicio, la autonomía de gestión de las entidades prestadoras de los servicios, la introducción de métodos de gestión empresarial, la introducción de mecanismos de mercado tanto en la financiación como en la provisión de los servicios, la reformulación del concepto de salud pública prestando una atención integral que incluya la prevención y promoción de la salud y, por último, la participación comunitaria de manera que la comunidad se corresponsabilice en la gestión de los servicios.

La descentralización funcional y político-administrativa es el eje de una reforma que va mucho más allá del área de salud. La articulación eficaz de las administraciones implicadas es una garantía de asignación más eficiente de los recursos. Por esta razón se pretende la consolidación de los Sistemas Locales de Salud, sobre la base de una relación adecuada entre los municipios y los departamentos, siendo éstos centros impulsores, coordinadores y evaluadores de los programas (Cárdenas, 1992:11).

Uno de los objetivos claves de la reforma era el reforzamiento de los Sistemas Locales de Salud, tratando de incrementar la funcionalidad del sistema en su conjunto y, de esta forma, mejorar la capacidad de respuesta del mismo. La ley 10 tiene como objetivo la reorganización del SNS bajo los principios de eficiencia y equidad social, estableciendo “un nuevo modelo de atención, de integración funcional y de participación de las comunidades locales en la formulación de políticas, asignación de recursos, planeación y administración” (Sánchez Reyes, 1990:62).

El servicio de salud pasa a ser considerado entonces como un servicio público, independientemente de la naturaleza jurídica de la institución que realice las prestaciones, lo que eleva la responsabilidad del Estado sobre el mismo. Así, el Estado tendrá facultades de intervención, regulación y control, sobre todas las actividades de salud, incluidas aquellas realizadas por entidades privadas.

Además, conforme se señala en la Exposición de Motivos o Preámbulo que dio origen a la Ley 10 “el Estado debe intervenir y regular como servicio público las condiciones de prestación de la salud, en cuanto a la oportunidad, continuidad, calidad, cobertura, organización, gestión y políticas fundamentales, así se suministres pública o privadamente”.

En este sentido, el Estado se reserva el control técnico de la calidad de la atención médica y de las tarifas cuando éstas se pagan con dinero público. Además, en beneficio de la equidad del sistema y de su carácter público, la atención de urgencias se establece como obligatoria para todas las clínicas y hospitales, públicos o privados, sin tener en cuenta la situación económica del usuario.

El Ministerio de Salud es el responsable de establecer normas y criterios que permitan evaluar la eficiencia del sistema, que deberá ser certificada por la Superintendencia Nacional de Salud.

La nueva ley establece importantes medidas para modernizar la administración hospitalaria. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- a) Exigencia de sistemas de control de gestión y métodos de contabilidad de costos;
- b) Necesidad de que los directores de los hospitales acrediten formación en administración y gerencia hospitalaria, además de su preparación específica en el campo de la salud;
- c) Incorporación de la participación de la comunidad y las autoridades municipales y departamentales en los órganos de dirección;
- d) Los hospitales gozarán de autonomía administrativa;
- e) Los directores serán elegidos entre ternas presentadas para las Juntas Directivas ante la primera autoridad del ente territorial respectivo;
- f) En cada uno de los 3.000 puestos de salud y centros de salud se contará con un Fondo Especial para la adquisición y manejo de los suministros y medicamentos;
- g) Existirá un sistema de estímulos para favorecer el óptimo cumplimiento de los resultados por los servicios de salud.

La participación de la comunidad en el nuevo modelo es considerada como un elemento clave para el éxito de la reforma ya que solamente una activa participación de la comunidad organizada puede revertir la actual situación y activar un modelo preventivo de salud pública.

En la medida en que se sustituya el modelo actual, curativo y hospitalario, disminuirán los costos de atención y se podrán reasignar recursos a la ampliación de la cobertura hasta hacerla total, mejorando la calidad de los servicios en el proceso.

En este sentido, la ley 10 crea un órgano, las Juntas Directivas, donde se prevé la representación de la comunidad junto con las autoridades municipales o departamentales y los profesionales de la salud. Así, los 4.000 Comités de Participación Comunitaria, creados mediante el Decreto 1.216 de Junio de 1989, se convierten en los órganos de representación de la comunidad en las Juntas Directivas de los Puestos, Centros de Salud y Hospitales Locales de su área de influencia. A través de este mecanismo, se hace realidad la cogestión comunitaria de los asuntos de salud.

### **2.3.3 La descentralización del servicio**

El sistema nacional de salud en Colombia se define como un proceso político y comunitario, por lo que está bajo la responsabilidad de las diferentes autoridades territoriales. Este sistema es definido en la ley 10 de acuerdo a un esquema de descentralización, lo que después fue consagrada como principio constitucional en el artículo 49 de la Constitución Política, al señalar que “Los servicios de salud se organizarán de forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”. La regulación normativa ha sido completada por el Texto Refundido de 15 de Junio de 1993 por el que se dictaron las normas orgánicas sobre distribución de competencias entre los entes territoriales del Estado.

La orientación general de la reforma determinaba una redefinición del Sistema Nacional de Salud, una reforma financiera, el fomento de la participación de la comunidad, nuevos métodos de gestión y la profundización de la descentralización del sistema de salud.

La ley 10/1990 supone la descentralización efectiva de la administración de los servicios de salud, transfiriendo competencias y recursos a más de mil alcaldes y 32 gobernadores, intendentes y comisarios. Supone también una transferencia de competencias a las denominadas Juntas Directivas que están integradas por representantes de la comunidad, de la administración municipal y departamental, concejales y diputados y cuerpo médico y profesionales de la salud.

En efecto, se establecen tres niveles en las funciones de dirección del sistema de salud: 1) Nacional, a cargo del Ministerio de Salud; 2) Departamental, a cargo de una Dirección Seccional encargada del gobierno departamental y sometida a la autoridad del respectivo gobernador; y, 3) Municipal, a cargo de una Dirección Local integrada al gobierno municipal y sometida a la autoridad del alcalde. Las direcciones seccionales y locales son órganos político-administrativos y no deben, por tanto, comprometerse en la prestación directa de servicios de salud.

La asunción de las competencias de salud por parte de los más de 1.000 municipios colombianos es gradual. El sistema municipal está compuesto por más de 500 hospitales y 3.000 centros y puestos de salud, con cerca de 30.000 funcionarios. A partir de la reforma, los municipios tienen que formular el Plan Local de Salud, diagnosticar la situación de salud y de sus factores condicionantes, dirigir la política local de salud y asignar los recursos de los Fondos Locales de Salud. Asimismo es de responsabilidad de los municipios la prestación de los servicios de salud en el primer nivel de atención, que comprende los hospitales locales, los centros y los puestos de salud. No obstante, los municipios pueden prestar los servicios correspondientes al segundo y tercer nivel de atención, siempre que tengan la suficiente capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa. Los municipios deberán también financiar la dotación, construcción, ampliación y mantenimiento de las instituciones de prestación de servicios a su cargo.

Bajo la responsabilidad de los departamentos estarán los servicios de segundo y tercer nivel, es decir, los llamados hospitales regionales, universitarios y especializados. El distrito capital y los distritos especiales asumen los tres niveles de atención, ya que reciben el situado fiscal en la misma condición que un departamento. Los departamentos tendrán además competencias subsidiarias respecto de las de los municipios. De esta manera éstos concurren a la financiación de la prestación de los servicios a cargo de los municipios cuando éstos no están en capacidad de asumirlos y financian las inversiones necesarias en infraestructura y dotación, asegurando su mantenimiento. Asimismo los departamentos asumirán la prestación de servicios del primer nivel, en los municipios que no hayan asumido su prestación descentralizada. Corresponde también a los departamentos garantizar la operación de la red de servicios entre todos los niveles.

Puesto que ni los municipios ni los departamentos se comprometen con la prestación directa de los servicios, se establece además en la ley la posibilidad de que las entidades territoriales contraten los servicios de salud con entidades públicas o personas privadas, jurídicas o naturales, que estén autorizadas para ello. Para facilitar este proceso la ley establece que a las unidades de prestación de servicios de salud pública, en los diversos niveles de atención, sólo se les podrá autorizar su funcionamiento dotándolas de personería jurídica y autonomía administrativa. Por tanto, estas unidades deben transformarse en entidades descentralizadas autónomas del orden municipal o departamental, con juntas directivas presididas por el respectivo jefe del ente territorial, quien designará a los directores o gerentes. Para que los municipios o departamentos accedan al situado fiscal con el que financiar los servicios, será preciso que demuestren la creación de unidades hospitalarias y de prestación de servicios como establecimientos descentralizados.

En la reforma se establece además la carrera administrativa para los empleados de la salud lo que constituyó un importante avance y permitió el apoyo del personal a la reforma

En general puede señalarse que la descentralización de la salud en Colombia está experimentando las dificultades propias de un proceso complejo, donde están involucrados intereses diversos que afectan fundamentalmente a la distribución del poder y de los recursos financieros afectos al sistema. Se puede observar así la colisión de dos lógicas distintas, sólo en ocasiones coincidentes; por un lado la lógica político-territorial y por otro la lógica económica y sectorialista que determina un tamaño mínimo eficiente de cada unidad geográfica considerada para la prestación de determinados servicios. Por otra parte, la heterogeneidad de los entes a los que se transfieren competencias y la variable capacidad de gestión de los municipios va a general, durante un tiempo, un sistema dual con diferentes niveles de desarrollo.

En cuanto a la unificación del sistema de salud, se puede decir que tiene todavía una dimensión más teórica que real. La inercia del sistema previsional y la dificultad de romper la lógica de la solidaridad parafiscal -la solidaridad entre los afiliados- propia del sistema van a rodear de obstáculos el propósito perseguido por el legislador. De hecho, en la mayor parte de los países, seguridad social y salud pública son responsabilidades que suelen pertenecer a Ministerios distintos.

El proceso de descentralización se ha iniciado vigorosamente en el sector oficial. Sin embargo, el Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión mantienen una estructura centralizada y jerarquizada renuente a la descentralización y participación comunitaria (Yepes, 1992).

#### **2.3.4 Mecanismos de financiamiento**

Por otra parte la ley pretende emprender el refinanciamiento del sector, estableciendo un sistema de cofinanciación en el que los recursos del presupuesto nacional dedicados a la salud se incrementan, pero se hace fiscalmente responsables a los departamentos al obligarlos a asumir, de forma progresiva, parte de sus gastos. En general, los principios que rigen la financiación del nuevo modelo son:

- a) la refinanciación del sistema, aumentando los recursos disponibles;
- b) la reordenación de las fuentes de financiación, atendiendo a la división en los niveles nacional, seccional y local;
- c) la racionalización de los recursos asignados.

La financiación de la salud descentralizada se hará mediante el situado fiscal, establecido en la Constitución y regulado en el texto refundido de 15 de Junio de 1993. Dicho situado es un porcentaje de ingresos corrientes de la nación, que es cedido a los departamentos (y entes asimilados), para la atención de los servicios públicos de educación y salud. Los departamentos tienen la obligación de programar la distribución de los recursos del situado fiscal por municipio.

Del total del situado fiscal que corresponda a cada departamento, será obligatorio destinar como mínimo el 60% para educación y el 20% para salud. El 20% restante se destinará a educación o salud. Como mínimo, el 50% del situado fiscal destinado a salud deberá aplicarse al primer nivel de atención y debe ser transferido a los municipios. El situado fiscal se distribuirá entre los municipios teniendo en cuenta criterios redistributivos y de equidad. Los ingresos atípicos procedentes de las rentas sobre nuevos juegos, también se distribuyen con criterios de equidad, en proporción directa a los habitantes, a los servicios y en proporción inversa al desarrollo socioeconómico. De esta manera, las direcciones de salud que prestan servicios de manera más eficiente no se verán perjudicadas por la reducción de los presupuestos de un próximo ejercicio. Por el contrario, los recortes libertados por una gestión más eficiente podrán ser reasignados en la misma localidad a otros servicios de prevención y fomento de la salud. Se prevé que el situado fiscal se destine a financiar los gastos de prestación del servicio en forma progresiva y exclusiva, en la misma proporción que los entes territoriales asuman los gastos que demandan los órganos de dirección.

A los municipios se transfiere, además de los recursos financieros para hacer operativo el sistema, toda la infraestructura física y el personal adscrito a la misma. A su vez, éstos tienen que crear una cuenta especial en su presupuesto, denominada Fondo Local de Salud, donde recibirán los recursos girados por la nación y los departamentos.

Entre los mecanismos financieros del sistema es preciso señalar también que la ley 10 se propone sustituir el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, que se está implantando con la departamentalización y municipalización de la salud. La voluntad del legislador es que el sostenimiento de los hospitales no estará a cargo directo de los entes territoriales, sino a través de un mecanismo indirecto en el que la financiación de las entidades hospitalarias de las direcciones seccionales y locales de salud está mediada por los regímenes tarifarios. El esquema de funcionamiento responde a un presupuesto por programas de servicios y no a un presupuesto asignado por concepto de gastos. La asignación de recursos se hará por programas acordados en convenios interinstitucionales y la ejecución por servicios prestados a la tarifa preestablecida es el convenio..

Las leyes de descentralización prevén la misma como un proceso gradual y para que los departamentos y municipios accedan a la misma se establece la necesidad de formular las estrategias que el departamento seguirá para asumir la prestación de los servicios y descentralizarlos a sus municipios en el caso del primer nivel de atención. En la ley de 15 de Junio de 1993 se establece un plazo máximo de cuatro años, a partir de su promulgación, para asumir los servicios que le corresponden y dos años adicionales, a partir del momento que reciba el servicio el departamento, para entregar a sus municipios el servicio de salud. Una norma esencial para el funcionamiento del sistema es la establecida en el art. 16 de la nueva ley según la cual no se podrán descentralizar funciones sin la previa asignación de los recursos fiscales para atenderla.

El nuevo sistema estimula los aportes locales de forma que lo aportado por los municipios o departamentos o incluso la comunidad, no reduzca los aportes nacionales. Parte de la financiación estatal tiene el carácter de contrapartida de la financiación local de manera de poder movilizar fondos adicionales.

### **3. Conclusiones sobre la descentralización de la salud**

Resulta bastante difícil extraer conclusiones generales acerca de cómo han funcionado los procesos de descentralización de la salud en América Latina, puesto que los resultados dependerán de la “buena implementación” de los procesos y ésta estará afectada por un conjunto de factores, que inciden unos sobre otros, sin que se pueda medir exactamente su incidencia en el conjunto del proceso.

Como factores condicionantes del éxito de los procesos podrían señalarse por ejemplo el compromiso político efectivo de todos los niveles de gobierno, de la sociedad política y de la sociedad civil, lo cual evidentemente es difícil de conseguir, sobre todo de aquellos que han usufructuado de los beneficios de la centralización (administración central, administraciones intermedias, sectores gremiales, etc.). También será precisa una definición de responsabilidades y competencias entre los distintos niveles de gobierno, o una estrategia de implementación que incluya la necesaria capacitación a los gobiernos locales y, desde luego, los adecuados mecanismos financieros.

Sobre si efectivamente la descentralización cumple las expectativas con las que es implementada, vamos a tratar de examinar brevemente algunos factores en relación al conjunto de justificaciones, ya señaladas, para descentralizar los sistemas de salud.

Desde el punto de vista político, la descentralización pretende abrir espacios de participación para canalizar mejor las aspiraciones de la comunidad. Ello sin embargo no ha permitido la existencia de modelos locales de salud, puesto que el proceso de descentralización, en todos los países de América Latina, es centralista, dirigido por la administración central. Además el proceso no garantiza por sí mismo la democratización pues los mecanismos clientelistas, patrimonialistas, etc, tienen mucha incidencia en el ámbito municipal.

La descentralización de los servicios de salud no garantiza la participación popular y el control social. Este depende del contexto nacional, del gobierno local y de la organización y fuerza de la sociedad civil. No obstante todos los países se han preocupado de establecer canales de participación. El resultado ha sido dispar incluso dentro de cada país. En Brasil, por ejemplo, en los estados y municipios donde ha habido un real y significativo esfuerzo de cambio y apertura de espacios para la población organizada, ha habido un apoyo de ésta al proceso de descentralización de la salud, sobre todo en el medio rural, que se ve beneficiado al facilitársele el acceso a los servicios. En otros sin embargo, tal vez porque la población no se ha constituido en fuerza política estructurada, por desconocer los objetivos o derechos que podría conseguir o por no poder percibir cambios significativos en el patrón asistencial con los servicios descentralizados, la población organizada ha participado sólo formalmente en consejos y reuniones, limitándose a reiterar su apoyo al desarrollo del proceso, sin haberse comprometido con él.

Analizar el tema de la eficiencia es también extremadamente complicado. Para que las administraciones subnacionales tengan estímulos para actuar eficientemente será preciso, como mínimo, una asignación transparente de recursos para todos los gastos que implique la transferencia de responsabilidades (personal, operativos y de infraestructura). Para exigir eficiencia a las unidades subnacionales será preciso que la situación financiera del traspaso esté saneada. Junto a ello es preciso diseñar los mecanismos de control de los gastos. Una situación así es prevista normalmente en los inicios de los procesos, pero no siempre es asegurada durante la continuación del mismo, como ocurre en Chile. La menor cantidad de recursos de que disponen las municipalidades, tras pasado el servicio, supone que éstas tienen que ir incrementando el gasto con su propio presupuesto, como de hecho ha ocurrido, o que puedan actuar mucho más eficientemente que la administración central.

Pero en muchas ocasiones ocurre lo contrario, se realiza la transferencia de ingresos sin que se exijan los servicios a la administración subnacional. Desde luego la eficiencia es improbable en los inicios del proceso de descentralización, donde deberán incrementarse tanto los gastos del gobierno nacional como los de la administración subnacional.

Algunos países han intentado incorporar importantes estímulos a la eficiencia. Uno de ellos es la introducción de elementos de competencia en la provisión de los servicios, incluyendo al sector privado, como es el caso de Chile y Colombia. El otro es a través de la contratación directa del personal por las municipalidades.

En relación a la eficacia, la descentralización pretendería mejorar la calidad de los servicios y el acceso a los mismos. No obstante, un gran problema es que se pueda deteriorar el servicio, sobre todo durante el periodo de transición. Un primer factor tienen que ver con la escasa capacidad de las administraciones subnacionales para manejar los servicios traspasados, modificando incluso las condiciones de accesibilidad. Un segundo factor afecta al personal mismo que pueden conseguir las administraciones descentralizadas y, por lo tanto, la escasez de profesionales para los municipios pequeños. La eficacia puede mejorarse con políticas de capacitación de recursos humanos. Por otra parte, la introducción de la carrera administrativa en los servicios de salud, como ha hecho Colombia, introduciendo en la misma el mérito y el concurso, puede constituir un importante estímulo al personal de servicios de salud de manera que se mejore la eficacia de los servicios.

La eficacia no siempre aumenta con un aumento significativo de los recursos. Una evaluación reciente del sistema de salud chileno al que, en los últimos años, se le han incrementado significativamente los recursos, muestra que, según la percepción de los destinatarios, la atención en consultorios municipalizados se ha mantenido igual o ha empeorado, lo cual tiene que ver con factores de infraestructura, pero también con el personal que, al ser deficientemente remunerado, según la encuesta realizada, no presta a los servicios la atención debida. La mejora de las políticas de personal, debiera afectar por consiguiente, de manera directa, la eficacia de los servicios.

La reorientación de las acciones de salud hacia los más pobres requiere por un lado, la fijación de mecanismos de financiación de los servicios, por parte de la administración central, teniendo en cuenta las características de la población de cada jurisdicción de servicios de salud y, por otra, que se permita a las administraciones subnacionales establecer políticas específicas de prestación de servicios. No obstante, los convenios financieros suelen tener en cuenta el perfil demográfico de la población pero no su situación de pobreza (por ejemplo, los convenios de financiación en Brasil). En cuanto a lo segundo, en Chile, durante algún tiempo se utilizó un mecanismo de cobro de los servicios que atendía a la situación de pobreza del individuo que los solicitaba, de acuerdo a una clasificación nacional, implementada por los municipios; no obstante dejó de utilizarse por los altos costos que generaba.

Los servicios de salud municipalizados se han utilizado para llevar a cabo acciones intersectoriales, sobre todo relacionadas con la nutrición, en aras de una acción integral de salud que sería que predominaría en estos nuevos enfoques.

La equidad se ve favorecida en un sistema de salud descentralizado porque se facilitan las transferencias uniformes de recursos.

La descentralización es costosa porque, aunque en teoría es posible diseñar la transferencia de competencias con los recursos a ellas asignados, es imposible en la práctica desmontar al mismo tiempo el aparato de prestación de servicios central, reemplazándolo por el local. En la práctica la descentralización de los servicios implica un incremento del gasto público.

No obstante, los procesos pretenden que los gobiernos subnacionales empiecen a gastar más en los servicios de salud. El incremento de los gastos sociales en salud por parte de las municipalidades, como ha ocurrido en Chile, no es considerado en general como un éxito porque ha reducido drásticamente los gastos en operación e inversión municipales en la mayoría de los municipios pobres del país. Por consiguiente, el incremento de gastos por parte de los gobiernos locales tiene que ir acompañado de una reforma fiscal que suponga un fuerte incremento de los ingresos fiscales de dichos gobiernos.

Reformas financieras importantes, que supongan un incremento de los ingresos de los gobiernos locales, para que éstos las incorporen a su presupuesto, han sido intentadas en Brasil, para los estados federados y los municipios, con una nueva redistribución de las fuentes de renta y con mecanismos de participación en los ingresos, o en Colombia, para los departamentos y los municipios, con mecanismos de parecido signo, o en algunos países centroamericanos como Guatemala, donde se transfieren el 8% de los ingresos estatales a los municipios.

Con todo, habíamos advertido que la prestación de servicios de salud de forma descentralizada, se hacía a través de transferencias de la administración central. Los procesos requerirán no obstante que dichas transferencias sean complementadas con ingresos propios. Para ello será preciso que, efectivamente, se diseñen los mecanismos de financiación, como los establecidos en estos países, que permitan un incremento de los ingresos de los gobiernos locales.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGULEDO, C.A. "Un nuevo modelo de salud. El reto del siglo XXI", La reforma de la seguridad social en salud, Fundación Corona, Colombia, 1992.
- BLAIR, H. "Modelos para integrar la planificación del desarrollo social y la implementación al nivel local", Pobreza, un tema impostergable, B. KLIKSBERG (Comp) CLAD/PNUD, 1993.
- BUSTELO, E. "Política social en un contexto de crisis: ¿Será que se puede?", Seminario alto nivel Cómo recuperar el progreso social en América Latina, ILPES, IDE, UNICEF, Santiago de Chile, Junio 1988.
- CÁRDENAS, M. y OLANO G. (Coord) La reforma de la Seguridad Social en Salud, Fundación Corona, Colombia, 1992
- CASTELLS, A. Hacienda autonómica. Una perspectiva de federalismo fiscal., Ariel, Económica, Barcelona, 1988.
- CEPAL (DIVISIÓN DE DESARROLLO SOCIAL) "Dos temas claves en América Latina: Reforma de los sistemas de seguridad social y salud", Pobreza, un tema impostergable, B. KLIKSBERG (Comp) CLAD/PNUD, 1993
- CLAD, CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO Informe final del Seminario "Taller Regional sobre Descentralización de los Servicios de Salud, como estrategia para el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud", Septiembre 1990.
- DABDOUB, C.A. "La descentralización de la salud en Bolivia" La descentralización de la salud: antecedentes y perspectivas. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, ILDIS, Bolivia 1994.
- DURAN MORALES, H. "El ámbito de gestión de la municipalización de servicios sociales de salud", Cuadernos Médico Sociales, Chile, Octubre 1988.
- FERNÁNDEZ, M. "Aspectos institucionales en la formulación de las políticas de salud", Políticas de salud en América Latina. Aspectos institucionales de su formulación, implementación y evaluación. OPS/CLAD. Caracas 1988.

- “La dimensión de la salud y su articulación intersectorial”. Doc. de síntesis del Proyecto conjunto OPS/ILPES. Santiago, Julio, 1990
- FRANCO, R. “Buscando la equidad a través de las políticas sociales” ILPES, Santiago de Chile, Julio 1989.
- “La focalización como criterio para aumentar la eficiencia de la política social” Seminario sobre Descentralización fiscal y Bancos de Proyectos, ILPES/ BANCO MUNDIAL, Santiago de Chile, Octubre 1990.
- FRIEDMAN R. Análisis institucional de la salud, Documento, Santiago de Chile 1994
- FUENZALIDA PUELMA, H. “Sistemas Locales de Salud: Revisión conceptual y jurídica” , Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos métodos y experiencias, OPS/OMS, 1992
- GUERRA DE MACEDO, C. Boletín de la OPS, n° 102, 1987
- GRANADO, R. y MORA, G. “Sistemas Locales de Salud en la República de Bolivia”, Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos métodos y experiencias, OPS/OMS, 1992.
- GUIMARAES DE CASTRO, M.H. “Descentralização e Política de Saúde: Tendências Recentes”, Planejamento e Políticas públicas, n° 5, Jun. 1991.
- CASTAÑEDA, T. Para combatir la pobreza. Política social y descentralización en Chile durante los ochenta, Centro de Estudios Públicos, Santiago, 1990.
- JARAMILLO PÉREZ, I. “Hacia un sistema de seguridad social en salud eficiente, solidario y universal”, La reforma de la Seguridad Social en Salud, Fund. Corona, Colombia, 1992.
- JIMÉNEZ DE LA JARA, J. Medicina social en Chile, Santiago
- “Evolución y reforma del sistema de salud en Chile”, Doc, de Trabajo n° 31/94, Corporación de Promoción Universitaria, Santiago de Chile, Septiembre 1994.
- JIMÉNEZ, J. y GILI, M. “Municipalización de la Atención Primaria en salud” Revista de Estudios Sociales, n° 62, Santiago de Chile, 1989.

- LLISET Manual de Derecho Local, Abella, Madrid 1986
- MASSAD, C. Discurso del Ministro de Salud en la Ceremonia Inaugural de la XVII Reunión de Ministros de Salud del Area Andina. Ministerio de Salud Pública de Chile, Chile, Noviembre de 1994
- MERA, J.A. “La implementación de políticas de salud” en Políticas de salud en América Latina. Aspectos institucionales de su formulación, implementación y evaluación. OPS/CLAD. Caracas 1988.
- MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA “La reorganización del sistema nacional de salud. Una respuesta al cambio social”. Memoria Analítica de la ley 10 de 1990. Colombia 1990.
- MIRANDA E. “Descentralización y privatización de la salud en Chile” Revista de Estudios Públicos, Santiago 1993.
- MIR, C. “Sistemas Locales de Salud: Organización, Regionalización, Principios Generales” Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos métodos y experiencias, OPS/OMS, 1992.
- MORGAN M.T. “Panorámica conceptual de la Descentralización” Seminario Internacional Descentralización y Desarrollo, Instituto de Cooperación Iberoamericana/ Banco Mundial, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 1991.
- OPS “Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud” Doc. CD 33/14, Res. XV-XXXIII del Comité Directivo, Washington DC, 30 de Septiembre de 1988.
- Informe Final de la Reunión Descentralización de los servicios de salud, Buenos Aires, 1987.
- Las condiciones de salud en las Américas, Vol II. Washington 1994.
- OPS/OMS “Calidad de vida, desarrollo intersectorial y participación de la comunidad” IMPLAN/7, 30 de Abril de 1982.
- “Desconcentración y Descentralización. Marco conceptual básico aplicable en los sistemas de salud” Proyecto Subregional de desarrollo de la capacidad gerencial de los servicios de salud en Centroamérica y Panamá.

La seguridad social en los países del área andina.  
IBSS/ISS/IESS/IPSS/ IUSS, Washington DC, 1992.

- OSZLAK, O,  
BONEO, H. GARCÍA  
DE FANELLI, A. y  
LLOVET, J.J.  
PAGANINI, J.M.
- “Descentralización de los sistemas de salud . El Estado y la Salud” Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos métodos y experiencias, OPS/OMS, 1992.
- “Los desafíos de los servicios de salud en la década del noventa”, Descentralización de los servicios de salud como estrategia para el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, CLAD, OPS, Caracas 1991.
- PALMA, E.
- “La descentralización de la política social: Participación e intersectorialidad” Revista de Estudios Sociales, n° 47. Santiago de Chile, 1986.
- PALMA, E. y  
RUFÍAN, D.M.
- “La desconcentración administrativa y las prestaciones sociales” Boletín OPS, Vol. 109, n° 5’6, 1990.
- “La descentralización de los servicios sociales” Revista de Estudios sociales, n° 77, Santiago de Chile 1993.
- La descentralización: Problema contemporáneo en América Latina, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, Santiago, 1991.
- POZO, H.
- “Aspectos jurídico-institucionales del desarrollo local” FLACSO, Doc., Agosto 1987.
- ROUX G. DE,  
PEDERSEN, D.,  
PONS, P., Y  
PRACILIO, H.  
RUFÍAN, D.M.
- “Participación social y sistemas locales en salud”, Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos métodos y experiencias, OPS/OMS, 1992.
- “El financiamiento en los procesos de descentralización” Revista de la Cepal, n° 50, Santiago de Chile, Agosto 1993
- “Descentralización de los servicios sociales: Experiencias latinoamericanas” Políticas sociales. Desarrollo regional y Modernización del Estado, Colombia, 1993.
- SALINAS, L.
- “Diagnóstico, evaluación de eficiencia de servicios y sistemas de salud”. SILOS IV, Carrasco Tropical, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Unidad Sanitaria de

Cochabamba, OPS, Bolivia, 1992.

TEJADA DE  
RIVERO, D.

“Descentralización y Sistemas Locales de Salud: Una contribución a la unidad de la doctrina” Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos métodos y experiencias, OPS/OMS, 1992.

VILAÇA  
MENDES, E.

“Importancia de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud” Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos métodos y experiencias, OPS/OMS, 1992.

WINKLER, D.R.

“La descentralización de los sectores sociales: la organización de la educación en países seleccionados” Seminario Internacional Descentralización y Desarrollo, Instituto de Cooperación Iberoamericana/ Banco Mundial, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 1991.

YEPES PARRA, A.

“Seguridad social para todos los colombianos. Criterios para el desarrollo de las normas constitucionales” La reforma de la Seguridad Social en Salud, Fund. Corona, Colombia, 1992.