
DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EXPERIENCIA COMPARADA

Elaborado por Mayen Ugarte

Marzo 2007



PRAES - Promoviendo alianzas y estrategias es un proyecto administrado por Abt Associates Inc. y es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)



PRAES – Promoviendo Alianzas y Estrategias está orientado apoyar el proceso de descentralización y reforma del sector salud. Así, dedica esfuerzos a la profundización del proceso de transferencias de competencias funciones en salud entre los niveles de gobierno nacional, regional y local y asiste técnicamente la implementación, monitoreo y vigilancia ciudadana de los planes participativos regionales de salud. El proyecto brinda asistencia técnica para el diseño del modelo e instrumentos técnicos de aseguramiento que permita ampliar la cobertura de un plan de seguro de salud con garantías explícitas. PRAES se concentrará en los siguientes resultados:

- ▲ *Promoción y diseminación de una agenda consensuada de reforma de salud en el periodo de transición gubernamental*
- ▲ *Transferencias de competencias y funciones de salud a los Gobiernos regionales y Locales*
- ▲ *Implementación, monitoreo y vigilancia ciudadana de Planes Participativos regionales de Salud*
- ▲ *Fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud*
- ▲ *Reforma del financiamiento y aseguramiento en salud.*

Este documento ha sido elaborado por el proyecto PRAES, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), conducido por Abt Associates Inc. bajo el contrato # GHS-I-00-03-00039-00. Las opiniones e ideas de los autores contenidas en este documento no necesariamente reflejan las de USAID o sus empleados.

Marzo de 2007

Cita recomendada

Ugarte Vasquez Solis, Mayen, Ana Rosa Feijoo, Cinthya Arguedas (Marzo 2007). *Descentralización de los sistemas de salud: Experiencia comparada*
Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc. 49 páginas.

Las partes interesadas pueden utilizar este documento en parte o en su totalidad, siempre y cuando se mantenga la integridad del reporte y no se hagan interpretaciones erróneas de sus resultados o presenten el trabajo como suyo propio. Este y otros documentos producidos por PRAES pueden verse y bajarse de la red desde la página web del proyecto, www.praes.org o a través del Centro de Recursos de PRAES en Nordinola@praes.org.

Contrato / Proyecto No.: GHS-I-00-03-00039-00

Presentado a: Luis Seminario, CTO
Oficina de Salud
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - Perú

Reseña

Los sistemas de salud en América Latina han experimentado en las últimas décadas una serie de reformas, entre las que la descentralización aparece como una de las más significativas. El presente documento tiene como objetivo hacer una revisión de los procesos descentralizadores en la región, poniendo énfasis en sus orígenes, contenidos y efectos. De esta manera, se identifica el marco jurídico peruano de descentralización en el sector salud, tomando en cuenta la normativa que enmarca el proceso de transferencia y la forma cómo se organiza dicho sector para la prestación de servicios de salud. Por otro lado, se exploran los antecedentes y las motivaciones por las que los diversos países tomaron la decisión de transferir a los gobiernos subnacionales funciones relativas a la salud pública. Además, se analizan los contenidos de este proceso especificando los roles de los actores involucrados. Por último se presenta una breve evaluación de la descentralización considerando su impacto en indicadores relativos a la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios. La descentralización fue planteada como una solución para los graves problemas afrontados por los servicios sociales latinoamericanos. Se han introducido cambios sustanciales en los sistemas de salud, sin embargo se ha podido comprobar que sin el cumplimiento de una serie de condiciones estructurales los resultados esperados pueden no presentarse o incluso ser adversos.

Índice

| | |
|---|-----|
| Reseña | iii |
| Índice | v |
| Siglas, acrónimos y abreviaturas | vii |
| Agradecimientos | ix |
| Resumen Ejecutivo..... | xi |
| 1. Introducción..... | 1 |
| 2. Marco Jurídico Peruano de la Descentralización en el Sector Salud..... | 5 |
| 2.1 Marco Legal de la Descentralización de la Función Salud: | 5 |
| 2.2 Organización del sector para la prestación de los servicios | 7 |
| 3. Análisis de Experiencias Internacionales en la Descentralización | 19 |
| 3.1 Origen de la descentralización de los sistemas de salud..... | 19 |
| 3.1.1 Argentina..... | 19 |
| 3.1.2 Bolivia | 21 |
| 3.1.3 Brasil | 22 |
| 3.1.4 Colombia | 23 |
| 3.2 Contenidos de la Descentralización..... | 25 |
| 3.2.1 Gestión de Recursos Humanos..... | 25 |
| 3.2.1.1 México..... | 25 |
| 3.2.1.2 Chile..... | 26 |
| 3.2.1.3 Colombia..... | 27 |
| 3.2.2 Financiamiento y Gasto | 28 |
| 3.2.2.1 Brasil..... | 28 |
| 3.2.2.2 Argentina | 29 |
| 3.2.2.3 Bolivia..... | 30 |
| 3.2.2.4 Colombia..... | 31 |
| 3.2.2.5 Paraguay | 31 |
| 3.2.3 Participación Ciudadana | 33 |
| 3.2.3.1 Panamá..... | 34 |
| 3.2.3.2 Bolivia..... | 35 |
| 3.2.3.3 Chile..... | 36 |
| 3.2.3.4 Ecuador | 37 |
| 3.2.4 Coordinación entre niveles de gobierno..... | 39 |
| 3.2.4.1 Brasil..... | 39 |
| 3.2.4.2 Paraguay | 41 |
| 3.3 Evaluación del Proceso de Descentralización de la Salud..... | 43 |
| 3.3.1 Descentralización y equidad..... | 44 |

| | |
|--|----|
| 3.3.2 Descentralización y Calidad..... | 45 |
| 3.4 Conclusiones..... | 46 |
| Anexo A: Bibliografía..... | 47 |

Lista de Cuadros

| | |
|---|----|
| Cuadro No 1: Grados de Descentralización. Definición clásica | 2 |
| Cuadro No 2: Antecedentes de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) | 9 |
| Cuadro No 3: La Asociación CLAS está conformada por: | 10 |
| Cuadro No 4: Constitución del CLAS | 12 |
| Cuadro No 5: Procedimiento de Asignaciones de fondos del Tesoro Público para los CLAS | 14 |
| Cuadro No 6: Ejecución del ingreso y gasto de la Asociación CLAS | 16 |
| Cuadro No 7: Deberes y atribuciones de los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA)..... | 20 |
| Cuadro No 8: Instrumentos utilizados en Brasil..... | 23 |
| Cuadro No 9: Grado de municipalización de la red de servicios | 24 |
| Cuadro No 10: Resumen – Gestión de Recursos humanos..... | 28 |
| Cuadro No 11: Caso: Hospital de Eldorado, Provincia de Misiones, Argentina..... | 30 |
| Cuadro No 12: Ley N° 3.007/06 que modifica y amplía la Ley N° 1032/96 “Que crea el Sistema Nacional de Salud” | 32 |
| Cuadro No 13: Resumen – Financiamiento y Gasto | 33 |
| Cuadro No 14: Participación Social en el diseño, implementación y evaluación de servicios sociales | 34 |
| Cuadro No 15: Proyectos participativos municipales en Chile | 37 |
| Cuadro No 16: Resumen – Participación Ciudadana | 38 |
| Cuadro No 17: Las funciones gestoras en salud, definición y tipología | 39 |
| Cuadro No 18: Las funciones gestoras y las atribuciones de cada nivel de gobierno en el Sistema Único de Salud (según NOB SUS – 01/96)..... | 40 |
| Cuadro No 19: Extracto de “Acuerdo de Descentralización de la Salud en el Departamento de Canindeyú”..... | 42 |

Siglas, acrónimos y abreviaturas

| | |
|-----------------|--|
| ANSES | Administración Nacional del Seguro de Salud |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| CLAS | Comités Locales de Administración de Salud |
| CLS | Consejo Local de Salud |
| CND | Consejo Nacional de Descentralización |
| DGSP | Dirección General de Salud de las Personas |
| DILOS | Directorio Local de Salud |
| DIRESA | Dirección Regional de Salud |
| DISA | Dirección de Salud |
| ESSALUD | Seguro Social de Salud del Perú |
| FAEC | Fondo de Acciones Estratégicas |
| FASSA | Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud |
| FOGI | Fondo para Giras Integrales |
| GOSCI | Grupos Organizados de la Sociedad Civil |
| HPA | Hospitales Públicos de Autogestión |
| INCOOP | Instituto Nacional de Cooperativismo |
| MINSA | Ministerio de Salud |
| MSAS | Secretaría de Salud de la Nación |
| NOB | Normas operativas básicas |
| OE | Organizaciones Extrainstitucionales |
| PAAC | Programa de Administración de Acuerdos de Gestión |
| PAB | Plan de Atención Básica |
| PAC | Programa de Administración Compartida |
| PAISS | Paquete de Atención Integral de servicios de salud |
| PRAES | Promoviendo alianzas y estrategias |
| PRORESEP | Programa de revitalización de servicios de salud periféricos |
| PSL | Plan de Salud Local |
| RDR | Recursos directamente recaudados |
| RUC | Registro Único de Contribuyente |
| SAFCO | Ley de Administración y Control Gubernamentales |
| SBS | Seguro Básico de Salud |
| SNIS | Sistema Nacional Integrado de Salud |

| | |
|--------------|--|
| SNMN | Seguro Nacional de Maternidad y Niñez |
| SUS | Sistema Único de Sanidad |
| SSA | Secretaría de Salud |
| USAID | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |

Agradecimientos

Queremos agradecer a las personas que nos ayudaron en el proceso de elaboración, del documento "Descentralización de los sistemas de Salud - Experiencia Comparada"; identificando los requerimientos y necesidades de este documento, supervisando, apoyando y dando una revisión final a esta presentación.

Resumen Ejecutivo

La mayoría de los países latinoamericanos comenzaron a reformar sus sistemas de salud durante los últimos años. Estos sistemas estaban caracterizados por una escasa cobertura territorial y poblacional. Existía una gran inequidad en el acceso y calidad de los servicios sociales brindados a la ciudadanía.

La descentralización apareció en este contexto como un elemento central de las reformas. Esta estrategia política debía reformular los sistemas delegando funciones a los gobiernos locales y fortaleciendo sus decisiones. El origen del proceso descentralizador así como sus contenidos e impactos fueron muy diversos en los diferentes países que adoptaron las reformas.

En la primera parte de este documento se presenta el marco legal de la descentralización de la función salud en el Perú, que incluye tanto los aspectos normativos como la forma en que se organiza el sector salud para la prestación de servicios.

En la segunda parte del documento se analiza en primer término los orígenes de la descentralización en América Latina, reconociendo similitudes y variaciones según los países y las condiciones sociales, económicas o políticas de los mismos. Se analizan también los patrones asociados a los actores motivadores del cambio, la velocidad en el que este se instaló y la gradualidad del proceso.

En segundo lugar, se exploran los contenidos de la descentralización en sus componentes de gestión de recursos humanos, financiamiento y gasto, participación ciudadana y coordinación entre niveles de gobierno. Se busca definir cómo las entidades subnacionales descentralizadas asumieron las funciones encargadas por el nivel central en cuanto a estos temas. Se presentan las condiciones previas de los componentes propuestos y los mecanismos utilizados por las partes involucradas para instalar y mantener el cambio. El detalle para cada uno de estos elementos está ilustrado a través de ejemplos referidos a las experiencias de algunos países latinoamericanos.

Por último se hace una breve reseña de los impactos de la descentralización en indicadores como la equidad, la eficiencia y la calidad de la prestación. Los resultados de la implementación de los procesos descentralizadores han sido muy variados. Se reportan experiencias exitosas de gobierno en las que las funciones asignadas pudieron cumplirse, sin embargo se presenta también el otro extremo en el que las tareas traspasadas fueron parcialmente cumplidas o simplemente incumplidas. El estudio pretende esbozar algunas causas de la ineficiencia e ilustrar las situaciones mencionadas por medio de estudios de casos.

Existen múltiples variables que afectan las posibilidades de éxito de la descentralización y son específicas para cada país. Los logros de los cambios formulados dependen, entre otros factores, del contexto histórico, político y cultural en el que se insertan. Se deben tomar en cuenta para la evaluación de los sistemas descentralizados las relaciones de poder entre el nivel central y los gobiernos subnacionales, así como las capacidades de gestión y negociación de los mismos.

1. Introducción

A fines de la década de los 70 en América Latina muchos países se insertaban o reinsertaban en regímenes democráticos, mientras que en el continente se agudizaba la caída en el nivel de desarrollo económico por una de las más grandes crisis que ha debido afrontar la región. Durante este periodo, la provisión de servicios básicos por parte de los Estados era insuficiente y un alto porcentaje de la población quedó de una u otra forma excluida. Los sistemas de salud se caracterizaban por tener una escasa cobertura territorial y poblacional, generándose así una gran inequidad en el acceso y calidad en los servicios.

La descentralización emerge en este escenario como un elemento ineludible y necesario para reformar el Estado, reorganizándolo territorialmente para poder atender las demandas de los ciudadanos y redefiniendo las relaciones entre el poder central y los gobiernos subnacionales. En mayor o menor grado, los procesos de descentralización avanzaron otorgando a las autoridades de los niveles locales, poder y autonomía administrativa. Los procesos de descentralización buscaron que el Estado llegara a las poblaciones de manera más directa a través de sus autoridades locales, bajo la premisa de que éstas tienen estrecho contacto con las comunidades, y que ello fortalece la capacidad de los ciudadanos para ejercer el control y la evaluación de sus acciones.

Sin embargo, la experiencia muestra que, a pesar de los beneficios de la descentralización, también existen riesgos, principalmente debido a inconvenientes ligados a la heterogeneidad de las capacidades técnicas e institucionales de los gobiernos que reciben el encargo de desarrollar las nuevas funciones.

La mayoría de los países latinoamericanos comenzaron a reformar sus sistemas de salud en los últimos años, siendo la descentralización un contenido central en dichas reformas. Ésta constituye una estrategia política que pretende reformular los sistemas de salud contribuyendo al fortalecimiento de las decisiones tomadas por los gobiernos locales, proveyéndolos de los recursos necesarios para garantizar la satisfacción de las necesidades de atención de las poblaciones a su cargo. Los resultados o impactos a corto y mediano plazo, deberían relacionarse directamente con mejoras en el comportamiento organizacional de los sistemas pero sobretodo con el crecimiento de los indicadores de salud pública, lo cual no siempre ocurrió.

Si se procurara evaluar los procesos de descentralización latinoamericanos en función de la definición teórica que lo señala como el proceso de transferir mediante normas legales, una serie de competencias decisorias y la titularidad de dichas competencias de una instancia central a una subnacional que contaría con autonomía jurídica y capacidad para tomar decisiones de última instancia (Palma y Rufián, 1991), los resultados demostrarían que muchos de ellos no se ajustan a la misma.

Por lo general, muchos de los organismos que se han pretendido descentralizar solo han llegado a desconcentrar algunas funciones, manifestando un limitado accionar financiero, como de gestión e incluso de decisión. Las dependencias con los poderes del nivel central no han sido fáciles de romper y pueden explicarse por el altísimo grado de centralismo que fue el punto de

origen de muchas de las reformas. La bibliografía clasifica los tipos de descentralización en función de las atribuciones que el poder central otorga a las autoridades subnacionales, partiendo de la concepción de la descentralización como un proceso que busca una mayor racionalidad y legitimidad para administrar los servicios públicos (Cheema, Rondinelli, 1983). Es decir, que a mayor transferencia de poder de decisión se estará ante un grado mayor de descentralización

Cuadro No 1: Grados de Descentralización. Definición clásica

| Desconcentración | Delegación | Devolución |
|---|---|---|
| Transferencia de autonomía administrativa desde los niveles centrales hacia los locales. Esta desconcentración no implica necesariamente la implementación de nuevos sistemas para el financiamiento de las nuevas responsabilidades. Usualmente esta estrategia descentralizadora corresponde a una iniciativa del gobierno central que busca aliviar su carga de trabajo. | Mediante esta estrategia se suelen crear niveles subnacionales de gobierno con relativa autonomía. La delegación implica una reestructuración más radical de las funciones otorgadas y busca el fortalecimiento de las capacidades de gestión local buscando propiciar un aumento de autonomía. | La devolución es el estado más avanzado en el proceso de descentralización, pues implica la transferencia de funciones y recursos a los niveles más bajos de decisión. Se busca reforzar las competencias a nivel local a fin de que los gobiernos subnacionales puedan asumir exitosamente estas nuevas responsabilidades que podrían ser de orden financiero, así como las de ejecutar proyectos y programas de desarrollo local. |

Las reformas latinoamericanas de los sistemas de salud tuvieron a la descentralización como uno de sus principales objetivos. Los logros en cuanto a este aspecto son muy diversos y los propósitos descentralizadores fueron alcanzados en mayor o menor medida dependiendo del país al que se haga referencia.

En el Perú con la aprobación de la Ley de Bases de Descentralización en el 2002 se establece el marco para la descentralización de competencias a los gobiernos regionales y locales, la cual se había convertido en política de Estado mediante reforma constitucional. En materia de salud la transferencia de funciones se inicia hacia los gobiernos regionales en el 2005 y para el caso de los gobiernos locales, se tiene previsto el inicio del proceso a través de planes pilotos.

Por otro lado, en Argentina se ha alcanzado un alto nivel de descentralización en salud, tanto por la cantidad de recursos ejecutados por los niveles subnacionales así como por las facultades que se les transfirieron. Se podría afirmar que se ha conseguido un grado de devolución. Si bien la principal fuente de financiamiento para cubrir los gastos en salud de los gobiernos locales proviene del nivel central, la asignación de estos recursos es de libre disponibilidad y se ha conseguido de manera inusual (si se compara esta situación con la de otros países) una autonomía total en la gestión de los recursos humanos del sector.

El proceso de la descentralización del sector salud en Brasil ha tenido un fuerte avance, debido entre otras cosas a su flexibilidad. La enorme heterogeneidad de los subgobiernos en un país tan grande obligó al gobierno central a encontrar maneras de lograr la adhesión de los mismos sin perjudicar los objetivos centrales de la descentralización que tienen que reflejarse en mejoras de los indicadores sociales. Con esta finalidad se definieron tres categorías de gestión que permitieron evitar la implantación de modelos municipalistas desconectados con la realidad. Esta descentralización gradual, en estado de devolución, promovió la transferencia de funciones y estimuló una gran autonomía en materia administrativa y programática en los organismos

receptores. Sin embargo y como en la mayoría de los países, existe aún una enorme dependencia de los recursos provenientes del gobierno central.

En Chile el grado de descentralización de la salud es parcial, los municipios no tienen autonomía sobre el área programática, sin embargo sí la lograron en un área generalmente conflictiva en otros procesos como la gestión de los recursos humanos. En principio se les otorgó autonomía total respecto a las remuneraciones de los empleados de la atención primaria en salud, llegando a privar incluso de sus beneficios y normas protectoras, sin embargo la respuesta de los gremios fue inmediata y con el pasar de los años se tuvo que reconsiderar esa decisión, restableciendo un rango salarial nacional, reconcentrando este aspecto.

Se pueden encontrar en América Latina muchos ejemplos de países que aún después de una larga historia de pretendida descentralización de los sistemas sanitarios solo han logrado alcanzar niveles de desconcentración. Por ejemplo, en el Salvador y Nicaragua, se crearon instancias paralelas a los gobiernos municipales que debían desempeñar funciones para diversos sectores. Las acciones tomadas por estas instancias eran supervisadas por los ministerios que las encargaban, pero nunca se les otorgó la autonomía suficiente por lo que muchas de sus medidas se perdieron en la intrascendencia (Arze y Martínez Vázquez, 2003).

2. Marco Jurídico Peruano de la Descentralización en el Sector Salud

2.1 Marco Legal de la Descentralización de la Función Salud:

El marco legal de la descentralización de la función salud en el Perú es el siguiente:

- ▲ Constitución Política de la República: De acuerdo con la Carta Magna, hay tres características fundamentales que definen la organización política del país: su carácter democrático, su estructura de poder unitaria y su estructura de gobierno descentralista¹.
- ▲ La Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título VI, sobre Descentralización (Ley N° 27680), modifica el capítulo referido a la Estructura del Estado y define la organización de éste por niveles de gobierno y los roles y competencias generales de cada uno.
- ▲ En mérito a dicha reforma constitucional, se establece que la descentralización es una política permanente del Estado, de carácter obligatorio, a cuyo efecto, el proceso de la descentralización se realiza por etapas, en forma progresiva y ordenada, conforme a criterios que permitan una adecuada asignación de competencias y transferencia de recursos del gobierno nacional hacia los gobiernos regionales y locales.
- ▲ La Ley de Bases de la Descentralización (Ley N° 27783), promulgada el 17 de julio de 2002: Define las competencias del gobierno nacional, de los gobiernos regionales y de las Municipalidades. Para tal efecto, establece que el proceso de descentralización se ejecuta en forma progresiva y ordenada y determina los principios orientadores del mismo, como por ejemplo: (i) Principio de Subsidiariedad (el gobierno más cercano a la población es el más idóneo para ejercer la competencia o función), (ii) Principio de Gradualidad (se debe tener una distribución clara y precisa de funciones entre los niveles de gobierno con el fin de determinar la responsabilidad administrativa y funcional de cada uno así como la rendición de cuentas), (iii) Principio del Efecto Fiscal Neutro (la transferencia de funciones debe ir acompañada de los recursos correspondientes).
- ▲ Por otro lado, esta ley establece que algunas competencias son exclusivas de cada nivel de gobierno, mientras que otras competencias pueden ser compartidas entre dos niveles de gobierno. Además, algunas competencias propias del nivel superior pueden ser delegadas a un nivel inferior, por un tiempo determinado.
- ▲ La Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (Ley N° 27867), y sus modificatorias, promulgadas entre noviembre y enero del 2007; Mediante esta norma se establecen la

Comentario [U1]: Corregir estas fechas y agregar la ley 28926 de octubre 2006.

¹ Dr. Oscar Ugarte U. y Dra. Verónica Zavala: "Marco Legal de la Descentralización en Salud", pág. 4.

organización, nuevas funciones ² y competencias que asumirán los gobiernos regionales, creándose así las Gerencias Regionales³. En tal sentido, se definen las funciones en materia de salud y se establece que las gerencias regionales son responsables de las políticas regionales que tienen asignadas para su gestión y cuentan con los órganos sectoriales que determine cada gobierno regional. Asimismo, se señala que las direcciones regionales sectoriales son órganos dependientes de las gerencias regionales que tienen a su cargo las funciones específicas de un sector en el ámbito del gobierno regional; que los **directores** regionales son funcionarios de confianza que para ser seleccionados requieren acreditar ser profesionales calificados y con experiencia en la materia sectorial respectiva, mediante concurso de méritos. Su designación y cese corresponde al Presidente Regional a propuesta del respectivo Gerente Regional.

Comentario [U2]: Se corrigió.

- ▲ La Ley Orgánica de Municipalidades (Ley N° 27972) promulgada el 27 de mayo del 2003: Ésta norma introduce cambios en las funciones de este nivel de gobierno, definiendo, en tal sentido, sus competencias en materia de salud⁴. Por otro lado, dicha norma determina que las municipalidades provinciales y distritales son órganos de gobierno local que tienen autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia.
- ▲ Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud - SNCDS (Ley N° 27813) promulgada en agosto del año 2002: Mediante esta norma se determina que el SNCDS será el ente encargado de "coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos, y avanzar hacia la seguridad social universal en salud"⁵.
- ▲ La Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales (Ley N° 28273) promulgada en julio de 2004: Mediante esta ley se establece el conjunto de criterios, instrumentos y procedimientos necesarios para determinar la capacidad de gestión de dichos gobiernos para recibir y ejercer las competencias materia de la transferencia.
- ▲ El Decreto Supremo N° 068-2006-PCM, de fecha 13 de octubre del 2006 dispone la culminación de las transferencias programadas en el Plan de Transferencia de Mediano Plazo 2006 -2010. a más tardar el 31 de diciembre de 2007.
- ▲ El Decreto Supremo N° 077-2006-PCM, de fecha 31 de octubre del 2006, que establece las disposiciones relativas al proceso de transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a las municipalidades provinciales y distritales, las cuales son:

² Op. Cit. pág. 16: "Las funciones son la forma concreta mediante la cual los gobiernos regionales ejercen sus competencias. La Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867 reconoce funciones generales y funciones específicas, así como la concordancia de dichas funciones con las políticas sectoriales. La Ley N° 27902, que modifica la Ley Orgánica de Regiones, establece que es competencia exclusiva del Gobierno Nacional definir, dirigir, normar y gestionar las políticas nacionales y sectoriales, las cuales se formulan considerando los intereses generales del Estado y la diversidad de las realidades regionales, concordando el carácter unitario y descentralizado del gobierno de la República. Los Gobiernos Regionales definen, norman, dirigen y gestionan sus políticas regionales y ejercen sus funciones generales y específicas en concordancia con las políticas generales y específicas".

³ Entre las que se encuentra la Gerencia de Desarrollo Social, que sería la encargada de ejercer las funciones específicas regionales de salud.

⁴ El artículo 73 de la nueva Ley Orgánica de Municipalidades establece que tanto las municipalidades provinciales como las distritales tienen competencia en servicios de saneamiento ambiental, salubridad y salud; y, el artículo 80° establece las funciones específicas exclusivas y las compartidas por las municipalidades provinciales y distritales en dichos temas.

⁵ Artículo 1 de la Ley N° 27813, del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS).

- △ A partir del 1º de Enero del 2007, se inicia el proceso de transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a las municipalidades provinciales y distritales.
 - △ El Proceso de transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud, se inicia con la puesta en marcha de los planes piloto en cada uno de los departamentos y en la provincia constitucional del Callao; preservando la organización de redes y microrredes y el cuidado integral de la salud.
 - △ Las transferencias de los recursos que resulten necesarios, una vez que el Ministerio de Salud en coordinación con el Consejo Nacional de Descentralización (CND) declare la viabilidad técnica y funcional de los planes piloto de la Gestión de la Atención Primaria de Salud, se efectuarán mediante modificaciones presupuestarias en el marco de la Ley N° 28411 - Ley del Sistema Nacional de Presupuesto y de la Ley N° 27783 - Ley de Bases de la Descentralización, según corresponda.
 - △ El Ministerio de Salud, en coordinación con el CND, establece las normas y disposiciones para el cumplimiento del presente decreto supremo, en un plazo no mayor de 60 días.
- ▲ La Resolución Ministerial N° 1204-2006/MINSA, de fecha 28 de diciembre del 2006, mediante la cual se establece oficialmente el concepto de "Gestión de la Atención Primaria de la Salud", definiéndolo como el desarrollo de los procesos de planeamiento, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de la atención integral de la salud que se realiza en el ámbito local. Asimismo, determina que la atención integral de salud correspondiente al ámbito local involucra los procesos sanitarios (promoción de la salud, salud ambiental, prevención y control de epidemias, emergencias y desastres, entre otros) y procesos administrativos (planeamiento, financiamiento, inversión en salud, gestión y desarrollo de recursos humanos, gestión de la información para la salud, logística, entre otros). Por último, precisa que el proceso de descentralización de la función de salud al nivel local se rige por los estándares y procedimientos generales de atención, infraestructura y equipamiento que establezca el Ministerio de Salud en el ejercicio de su rol rector y de acuerdo al ámbito de su competencia.
 - ▲ La Resolución Ministerial N° 187-2007/MINSA, de fecha 28 de febrero del 2007, mediante la cual se aprueba el Plan de Transferencia Sectorial 2007 del Ministerio de Salud, que establece, entre otras cosas, que el Ministerio de Salud se compromete a trabajar de manera intergubernamental en la nueva responsabilidad de iniciar el proceso de transferencia de la gestión de la atención primaria de salud a las municipalidades provinciales y distritales, según corresponda; teniendo como objetivo final la mejora de la calidad de los servicios de salud. Asimismo, señala: *"La Descentralización en el sector salud tanto a nivel regional y local, busca preservar la organización de redes y microrredes de salud y el cuidado integral de las personas; apostando por una mejor coordinación entre los niveles de gobierno, a través de programas conjuntos de inversiones para la salud, sistemas integrados e integrales de planificación en salud con enfoque de desarrollo"*.

2.2 Organización del sector para la prestación de los servicios

En la actualidad la prestación de los servicios de salud de atención primaria se organiza en redes y microrredes de salud. Para tal efecto, se establecieron los "Lineamientos para la conformación de Redes de Salud" mediante Resolución Ministerial 122-2001-SA/DM. Dicha norma define como red al: "conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de

complejidad y capacidad de resolución, interrelacionado por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población” y como microrred al : “conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios. La agregación de microrredes conforma la red de salud”.⁶

Por otro lado, en julio del 2005 el Ministerio de Salud aprobó mediante Resolución Ministerial 566- 2005 los “Lineamientos para la Adecuación de la Organización de las Direcciones Regionales de Salud en el Marco del Proceso de Descentralización”, estableciendo que cada Gobierno Regional puede rediseñar sus redes y microrredes de establecimientos de salud, readecuando su organización de salud a las reales necesidades de su población.

La transferencia directa a los gobiernos locales de las redes de establecimientos de salud tiene algunas dificultades al no responder éstas a un ámbito geopolítico, sino por el contrario están integradas por establecimientos de salud ubicados en más de una provincia y, en consecuencia, en más de un distrito; asimismo, la cantidad de establecimientos de salud involucrados en una red y las distancias entre éstos y la sede del gobierno local dificultan el logro del principal objetivo de la descentralización, que es el acercar a la población a la toma de decisiones y vigilar que los procesos ocurran oportunamente.

En este contexto, el sector salud ha tenido muchas dificultades en la implementación de las redes y microrredes, tanto por temas de gestión como por aspectos de jurisdicción. En primer lugar, tomando en cuenta que la prestación de servicios de atención primaria es realizada por las redes y microrredes de salud, los mismos deben comprender: la gestión de los recursos involucrados (recursos humanos, financieros y materiales) y la gestión de las operaciones de producción de servicios de salud. En tal sentido, para asegurar un servicio eficiente de salud, la gestión de los recursos debe darse a nivel de red, requiriéndose que dicha red cuente con una unidad administrativa y presupuestaria; mientras la gestión de las operaciones debe ser efectuada por las microrredes; requiriéndose en este caso equipos básicos de gestión.

En este caso, el desarrollo de las redes se ve limitado esencialmente porque la gestión se ha mantenido generalmente en las DIRESA y de manera paralela, la constitución formal de las redes de salud coexisten con Unidades Ejecutoras Presupuestales, que gestionan los recursos humanos y presupuestales de los servicios, quedando poco margen de gestión por parte de las gerencias de las redes. Así, mientras que las funciones de gobierno de los servicios (definir políticas institucionales, aprobar sus planes estratégicos y operativos, aprobar su presupuesto, designar a los responsables de la gestión, evaluar los resultados de su gestión y asegurar la gobernabilidad social) son ejercidas por los gobiernos regionales y la DIRESA (órgano técnico de salud), las funciones gerenciales son ejercidas por dos instancias que no son necesariamente coincidentes: la administración y control de los recursos para la prestación de servicios (recursos materiales, económicos y humanos) por parte de una Unidad Ejecutora Presupuestal; y la organización de las operaciones de prestación de servicios por parte de la gerencia de la red de salud.

⁶ Bajo el sistema de redes y microrredes la oferta de salud se organiza en función al flujo de la demanda y las necesidades de la población. En tal sentido, la estructura de la red y microrred estará determinada por las vías de comunicación cotidianamente usadas por la población y no necesariamente la delimitación político - administrativa.

Por otra parte, en la mayoría de los casos la jurisdicción de las Unidades Ejecutoras Presupuestales no coincide con las redes de salud. Asimismo, en la mayoría de los casos los hospitales locales no dependen de éstas redes o constituyen unidades ejecutoras presupuestales ellos mismos.

Otro modelo de prestación de servicios es el de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) que son asociaciones civiles sin fines de lucro y con personería jurídica, que están conformadas por personas naturales o jurídicas de derecho privado. En tal sentido, se rigen por su Estatuto, el Código Civil y las normas que regulan la Administración Compartida de los servicios de salud.

Dicha comunidad se constituye con el fin de colaborar con el Estado en la administración de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud; pudiendo tener a su cargo uno o más establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud.

Cuadro No 2: Antecedentes de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS)

A partir de 1991 se delinearón los ejes principales del proceso de reforma de la gestión y prestación de salud en el país. Es así, que se reparó en la necesidad de separar el rol de financiamiento del rol prestador de los servicios del Estado, asignándolos a instituciones diferentes; y buscar modelos de gestión local participativa de los mismos.

Las primeras experiencias formales de cogestión impulsadas por el Ministerio de Salud se dan en 1992, mediante el Programa de Revitalización de Servicios de Salud Periféricos ⁷ (PRORESEP) aplicado como proyecto piloto en Chimbote y en la DISA Lima Este. Dicha experiencia resultó satisfactoria, por lo que en Mayo de 1994 se implementa el Programa de Administración Compartida (PAC) como parte de una política de descentralización de la gestión operativa de los establecimientos de salud de primer nivel de atención (centros y puestos de salud) con el involucramiento de la comunidad organizada con la finalidad de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población.

El PAC promueve la implementación de un modelo de cogestión llamado CLAS que permite la participación de asociaciones civiles sin fines de lucro en el manejo de recursos asignados para la ejecución de programas de salud local. Éstas asociaciones cuentan con personería jurídica de derecho privado, están integradas por representantes de la comunidad organizada y son responsables de la administración de puestos o centros de Salud.

El Programa fue creado mediante Decreto Supremo N° 01-94-SA, que declara de interés nacional y de necesidad pública la ejecución del Programa de Administración Compartida de los establecimientos de salud del nivel básico de atención y fue reglamentado en el año 2000 con Resolución Ministerial N° 176-2000-SA/DM y en los siguientes años se aprobaron otras normas modificatorias, las cuales fueron derogadas por la última R.M. No. 698-2006/MINSA del 26-07-06.

Con Resolución Ministerial N° 1009-2005/MINSA, de fecha 30 de diciembre de 2005, se transfirió a la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del MINSA, el Programa de Administración Compartida que estuvo bajo el control del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), desde su creación. A partir de enero del 2006, la DGSP asume la conducción de Programa de Administración Compartida instalándose un Equipo de Trabajo. En tal sentido, mediante Resolución Ministerial N° 480-2006/MINSA se declara la liquidación del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG).

Las primeras 13 Asociaciones CLAS se instalaron el 26 y 27 de julio de 1994 (4 en Ayacucho y 9 en Chincha). Al I trimestre 2005 existían contratados en administración compartida 157 profesionales médicos a nivel nacional, 2,373 profesionales no médicos y 2,703 personal técnico.

Actualmente el presupuesto asignado a las CLAS ha sido transferido a los gobiernos regionales y ello se ha hecho explícito en la nueva Ley de Presupuesto 2007; por ello se hace necesario modificar y actualizar la normativa relativa a las CLAS bajo una perspectiva de cogestión y participación ciudadana en salud y por el necesario carácter vinculante a los gobiernos locales y regionales, en el nuevo contexto de implementación de la descentralización en salud en el Perú.

⁷ El Programa de Revitalización de Servicios de Salud Periféricos (PRORESEP) estaba patrocinado por la Cooperación Perú- UNICEF y buscaba mejorar el abastecimiento de medicamentos genéricos, la prescripción racional de los mismos y el financiamiento de los servicios sobre la base de la gestión de fondos rotatorios de medicamentos trasladando las experiencias ensayadas como parte de la Iniciativa Bamako en el África.

Los componentes del Modelo CLAS son:

- ▲ El comité local de administración de salud: Asociación civil con personería jurídica no lucrativa que firma un contrato con la autoridad de salud para el desarrollo del Programa de Salud Local.
- ▲ El contrato de administración compartida: que concede al CLAS la administración del establecimiento y la decisión sobre el manejo y uso de los recursos públicos asignados al ámbito de salud a su cargo.
- ▲ El programa de salud local: que contiene las metas de atención de salud a ser alcanzada con el uso de los recursos asignados.

En cuanto a su relación con el sistema de redes de prestación de salud, según lo dispuesto por la Directiva 095-MINSA/DGSP-V.01: "La Asociación CLAS se articula y coordina, según corresponda, a la red de establecimientos de servicios de salud que está delimitando, o ha delimitado la DIRESA respectiva; y se adecua a la modalidad de gestión y de atención que se determine para las Redes. La modalidad de incorporación del CLAS a la red correspondiente, se realiza respetando su personería jurídica y respondiendo a las condiciones específicas de cada caso. Asimismo, la Asociación CLAS integrada a la red de establecimientos de servicios de salud que determine la DIRESA respectiva, se adecúa a la modalidad de gestión y de atención que se determine para las redes en las zonas de aplicación inicial de la reforma. Sus Gerentes dan cuenta técnica y funcionalmente a la Gerencia de la Red". Si bien así se establece en la normativa, en la práctica la dependencia del CLAS a las redes y microrredes es mínima o nula.

Cuadro No 3: La Asociación CLAS está conformada por:

| Órganos | Miembros | Funciones y facultades |
|-------------------|--|--|
| Asamblea General | Tiene 7 miembros: 3 representantes de la comunidad. 3 designados por la DIRESA mediante Resolución Directoral. El jefe del establecimiento de salud, también designado como gerente por la DIRESA mediante Resolución Directoral. | Aprobar el Programa de Salud Local y sus reportes de ejecución; aprobar las cuentas, balances, estados financieros y memoria anual de la Asociación; supervisar el cumplimiento de los planes de desarrollo y de la política de la Asociación; proponer a la DIRESA el monto de las tasas por la prestación de los servicios en los establecimientos de salud; responder por la integridad y mantenimiento del patrimonio estatal entregado a la Asociación; entre otros que especifique el estatuto |
| Consejo Directivo | Tiene 3 miembros: 1 presidente (que a su vez lo es de la Asamblea General). 1 secretario 1 tesorero. | Dirigir y orientar la marcha administrativa de la asociación para el cumplimiento de sus fines; coordinar con la DIRESA y la Gerencia de la Red toda acción y gestión que compromete la administración de los recursos económicos, financieros, humanos y de infraestructura otorgados en administración; supervisar y ratificar los actos de la Gerencia; elaborar y proponer para su aprobación a la Asamblea General los estados financieros y memoria anual; informar a la Asamblea General sobre el avance de la ejecución del PSL; otras que especifique el estatuto. |
| Gerencia | 1 Gerente | Preparar en coordinación con la DIRESA el proyecto de PSL, siendo responsable de la presentación a la DIRESA del Informe de Avance de Metas del PSL; girar cheques mancomunadamente con el Tesorero de la Asociación previa aprobación del Consejo Directivo; velar por el mantenimiento de la infraestructura, existencia y conservación de los equipos, bienes, insumos, medicamentos y enseres entregados para su administración; remitir al Registro Nacional de Asociaciones CLAS la documentación que corresponda; elaborar, conjuntamente con el tesorero, la Declaración Jurada de Gastos por fuente de financiamiento con una periodicidad mensual; entre otras señaladas en el estatuto. |

Los cargos directivos del CLAS son honoríficos salvo el del gerente. La asociación asume los gastos por movilidad, refrigerio, cuando sus miembros deban realizar gestiones propias de la marcha institucional, de acuerdo a los montos asignados por el contrato y el PSL. Asimismo, el procedimiento de renovación de los miembros del Consejo Directivo así como el tiempo de permanencia en cada cargo debe estar señalado en el estatuto.

Cabe resaltar que el cargo de Gerente recae en el Jefe del establecimiento sede de la Asociación CLAS o el de mayor nivel resolutivo. Su designación debe darse por Resolución Directoral y su desempeño es supervisado y evaluado periódicamente por el Consejo Directivo.

En lo que respecta a las obligaciones y facultades de los CLAS, se identifican:⁸

- ▲ Velar por el cumplimiento de las normas legales que aseguren su vigencia institucional.
- ▲ Administrar los recursos humanos, económico-financieros, materiales, de infraestructura o de otra naturaleza que le sean transferidos mediante Contrato de Administración Compartida.
- ▲ Efectuar control social respecto de la prestación de servicios de salud que brindan los establecimientos bajo su administración, comprobando la calidad, cantidad y oportunidad de los servicios.
- ▲ Ejecutar directamente el PSL y administrar los recursos en el marco estricto de los compromisos de dicho programa.
- ▲ Rendir cuenta sobre los recursos transferidos, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente.
- ▲ Administrar el personal nombrado puesto a su disposición, el cual mantiene el régimen laboral y de pensiones al que pertenecen.
- ▲ Mantener actualizado el padrón de identificación de usuarios de servicios de salud y la relación de personas beneficiadas con la prestación gratuita de servicios de salud o por tarifas preferenciales, de acuerdo a las normas que dicta la autoridad de salud.
- ▲ Programar e informar a las "autoridades de salud" sobre los avances, resultados y metas que se tracen en salud colectiva y en salud individual, número de personas atendidas y de atenciones; así como número, porcentaje y tipo de atenciones exoneradas de acuerdo al padrón de identificación de usuarios al que se hace referencia en el punto anterior. El cumplimiento eficiente de estos avances, resultados y metas es un indicador que sirve para medir el rendimiento de la Asociación CLAS.
- ▲ Responder por la integridad de los recursos entregados a su administración; así como del mantenimiento que se le brinde, "conforme a las normas administrativas y contables vigentes".
- ▲ Remitir al registro Nacional de CLAS: el Contrato de Administración Compartida, en original, incluyendo el PSL anual; copia autenticada de la Escritura Pública de constitución del CLAS (debidamente inscrita en los Registros Públicos); Resolución

⁸ Directiva Administrativa que norma los procedimientos para la aplicación del Decreto Supremo 01-94-SA, Directiva Administrativa 095-MINSA/DGSP-V.01 aprobada mediante Resolución Ministerial 698-2006-MINSA.

Ministerial que aprueba el Contrato de Administración Compartida; y otros documentos que se consideren necesarios.

- ▲ Llevar a cabo el proceso de selección y contratación del personal adicional en coordinación con la DIRESA/DISA para el cumplimiento de sus fines, el que debe responder a los compromisos, objetivos del Programa y del PSL.
- ▲ Evaluar periódicamente el desempeño su personal en coordinación con el nivel inmediato superior.
- ▲ Mejorar las condiciones de trabajo del personal en función a su evaluación de desempeño laboral y productividad, previa priorización de necesidades del establecimiento y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.
- ▲ Determinar el horario de atención de los establecimientos de salud en coordinación con el nivel inmediato superior y de ser necesario adecuarlo a la realidad local.
- ▲ Solicitar donaciones, presentar proyectos de inversión a organismos cooperantes privados, nacionales o extranjeros, suscribir convenios de cooperación técnica para mejorar la calidad de sus servicios y la capacidad resolutive de los establecimientos de salud que administran, con conocimiento, coordinación y conformidad de la DIRESA/DISA/red, según corresponda. Para tal efecto, deberán solicitar el reconocimiento institucional ante las autoridades competentes.
- ▲ Administrar los recursos directamente recaudados provenientes de los servicios que presta el establecimiento de salud, así como los originados por donaciones o legados.

Cuadro No 4: Constitución del CLAS⁹

La asociación CLAS puede constituirse para la administración de uno o un conjunto de establecimientos de salud (puestos de salud o centros de salud), en cuyo caso tendrá como cede al de mayor capacidad resolutive. En ambos casos, el PSL determina los recursos humanos, económicos y materiales, así como la programación de actividades prioritarias para cada establecimiento.

El procedimiento para la constitución del CLAS es el siguiente:

- ▲ La DIRESA/DISA a través del jefe del establecimiento de mayor nivel de resolutive, convoca a los integrantes de la comunidad a una reunión pública con el fin de informarles sobre los alcances del programa, solicitar su aprobación y su participación para la creación de una Asociación civil sin fines de lucro denominada Asociación CLAS.
- ▲ El Director de la DIRESA/DISA o a quién se delegue esta función remite oficio a la Municipalidad Distrital a la que pertenece el CLAS, a efecto que convoque a la población asignada a la Asociación CLAS para elegir en acto público a seis de los miembros de la Asamblea General de la Asociación. De no acogerse esta iniciativa por parte de la Municipalidad Distrital, la Entidad de Salud correspondiente, puede efectuar directamente la convocatoria a la población.

⁹ Directiva Administrativa que norma los procedimientos para la aplicación del Decreto Supremo 01-94-SA, Directiva Administrativa 095-MINSA/DGSP-V.01 aprobada mediante Resolución Ministerial 698-2006-MINSA.

- ▲ Durante la asamblea¹⁰ se invita a la comunidad a elegir tres miembros entre la población en general. Los elegidos serán representantes de la DIRESA¹¹. Los otros tres miembros son elegidos entre los representantes de las organizaciones sociales, quienes serán los representantes de la comunidad. Para la selección deben tenerse en cuenta los requisitos que se establecen para los integrantes de los CLAS¹².
- ▲ Una vez electos los seis representantes, conjuntamente con el Gerente designado por la DIRESA/DISA, se lleva a cabo la Asamblea de Constitución de la Asociación CLAS, respecto de la cual se levanta el Acta que debe ser suscrita por los asistentes.
- ▲ En el Estatuto deben estar señalados los objetivos de la Asociación, sus funciones, sobre la Asamblea General, la designación del Consejo Directivo, del Gerente y demás cargos que acuerde la Asociación, así como sus funciones, forma de elección y renovación.
- ▲ El Acta de Constitución debe contener: la aprobación del Estatuto; la elección de los miembros del Consejo Directivo; la autorización al Presidente para que suscriba el Contrato de Administración Compartida.

Desde la creación del Programa de Administración Compartida (PAC) hasta la actualidad, existen a nivel nacional 763 Asociaciones CLAS que administran 2,152 Centros y/o Puestos de Salud, que representa aproximadamente el 33% del total de establecimientos del primer nivel de atención. En su ámbito de operación tiene una población aproximada de 8'500,000 habitantes, considerando a los estratos de mayor pobreza y que viven en zonas rurales y urbano-marginales. En los departamentos de Arequipa, Tacna y Moquegua la modalidad de Administración Compartida se encuentra implementada en el 100% de sus establecimientos de salud¹³.

Para su financiamiento, las asociaciones CLAS obtienen recursos de las siguientes fuentes: i) transferencias del Ministerio de Salud con cargo al Tesoro Público, mediante la OGA previa autorización de la DGSP, realizándose los depósitos en las cuentas corrientes de las Asociaciones CLAS, para el pago de remuneraciones del personal contratado bajo el régimen laboral de la actividad privada (Decreto Legislativo N° 728 – Ley de Fomento de la Productividad y Competitividad Laboral). A partir de enero 2007 ello ha sido transferido a los pliegos regionales a cargo de los GR – DIRESAS/DISA; ii) recursos directamente recaudados (RDR) producto de la prestación de servicios; y, iii) otras fuentes de financiamiento, provenientes de aportes municipales, recursos producto de actividades comunales, donaciones, etc.

Debe tenerse en cuenta que las transferencias de fondos y bienes otorgados por el Estado, los recursos directamente recaudados por la prestación de servicios de salud, los ingresos provenientes de acciones comunitarias, las donaciones y legados de personas naturales y jurídicas, sean éstas públicas o privadas, destinadas al establecimiento de salud o a mejorar la prestación de salud del Estado constituyen recursos públicos bajo la administración de la Asociación CLAS. Asimismo, toda mejora que la Asociación CLAS realiza en la infraestructura, equipo y demás bienes a cargo de su administración, con recursos provenientes de donaciones

¹⁰ Para el caso de las Asociaciones CLAS que cuenten con más de un establecimiento (CLAS Agregado) deben estar representantes de organizaciones sociales de base acreditadas y población en general de la jurisdicción de cada establecimiento que lo conforma en forma proporcional. En el caso de las Asociaciones CLAS que cuenten con solo un establecimiento de salud la asamblea debe estar representada por organizaciones sociales de base acreditadas y población en general de la jurisdicción del establecimiento sede de la asociación. Asimismo, participan representantes de la DIRESA/DISA para garantizar la transparencia del proceso.

¹¹ Dicha representación se formaliza mediante designación por Resolución Directoral.

¹² Los criterios para la selección de los miembros de la Asociación CLAS son: ser mayor de edad, carecer de antecedentes penales, tener reconocida solvencia moral, haber participado en labores comunitarias o pertenecer a instituciones locales de base, tener domicilio fijo en el ámbito de la Asociación CLAS y haber sufragado en las últimas elecciones.

¹³ Ministerio de Salud, Documento Técnico – Descentralización: "Descentralización de la función salud a nivel local", pág. 31.

efectuadas por los propios miembros de la Asociación CLAS o terceros, se tienen por efectuados en beneficio del Estado ¹⁴.

Para el caso de los recursos directamente recaudados, los comprobantes de pago emitidos por la prestación de los servicios de salud deben consignar el número de Registro Único de Contribuyente (RUC) de la DIRESA. Sin embargo, el tesorero del CLAS debe efectuar el depósito de dichos recursos con la periodicidad que garantice la seguridad y cautela de los fondos en la cuenta corriente de la Asociación e informar mensualmente sobre dichos depósitos a la Oficina de Administración de la DIRESA, quien trimestralmente formaliza la transferencia mediante la resolución correspondiente y realiza los registros que corresponda (SIAF u otros regulares)¹⁵.

Por otro lado, la rendición de fondos recibidos de los organismos de cooperación técnica nacional o internacional se efectúa de acuerdo a los términos y condiciones que establezcan los convenios con dichas entidades.

Cuadro No 5: Procedimiento de Asignaciones de fondos del Tesoro Público para los CLAS¹⁶

Hasta el 31 de diciembre del 2006 el procedimiento de asignación de fondos del Tesoro Público para los CLAS era el siguiente:

- ▲ La OGA-MINSA asigna a las Asociaciones CLAS los recursos económicos provenientes del Tesoro Público en atención a lo aprobado por la Dirección Nacional de Presupuesto Público para la ejecución de las metas programadas en el PSL y lo formulado de acuerdo a las instrucciones metodológicas que emanan de la Dirección General de Salud de las Personas DGSP-MINSA
- ▲ Una vez aprobado el Contrato de Administración Compartida, cada CLAS presenta a la Dirección Regional de Salud DIRESA/DISA el PSL para su revisión y aprobación. Dicho programa contiene la programación anual de gasto, por trimestres y por fuentes de financiamiento.
- ▲ La DIRESA/DISA remite el consolidado de las programaciones de las Asociaciones CLAS a nivel de la Región, a más tardar el día 05 del mes anterior al inicio del trimestre, a la Dirección General de Salud de las Personas-MINSA para su consolidación y elevación a la OGA-MINSA¹⁷.
- ▲ Autorizadas las programaciones y con la aprobación del girado por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, la OGA efectúa la transferencia de los fondos mediante el depósito en la Cuenta Corriente del CLAS; previa presentación por parte de la Dirección Regional de Salud DIRESA/DISA del documento "CONFORMIDAD PARA EL GIRO" a la Dirección General de Salud de las Personas-MINSA, el que una vez consolidado por la DGSP-MINSA se remite a la OGA-MINSA
- ▲ La transferencia de fondos se realiza en el mismo mes que los recursos son habilitados al OGA-MINSA por el Ministerio de Economía y Finanzas.
- ▲ La OGA-MINSA deposita los fondos en la cuenta corriente de la Asociación CLAS abierta en una empresa del sistema financiero, supervisada por la Superintendencia de Banca y Seguros.

A partir del 2007, los procedimientos se mantienen pero los titulares cambian ya que lo que se ejecutaban en el MINSa ya sea por parte de la Dirección General de las Personas o por la OGA ahora es responsabilidad del Gobierno Regional.

Cabe precisar que, de acuerdo a la vigésima sexta disposición final de la Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007, a partir del año 2007 las transferencias de recursos de las Direcciones Regionales de Salud - DIRESA, en apoyo de las Asociaciones Comunitarias

¹⁴ Directiva Administrativa que norma los procedimientos para la aplicación del Decreto Supremo 01-94-SA, Directiva Administrativa 095-MINSA/DGSP-V.01 aprobada mediante Resolución Ministerial 698-2006-MINSA.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ El PAAG ha transferido sus funciones a los órganos del MINSa y ha sido declarado en liquidación mediante Resolución Ministerial N° 480-2006/MINSA

Locales de Salud - CLAS, serán realizadas a través de los Pliegos Gobiernos Regionales correspondientes, para cuyo efecto, según lo precisado en dicha norma, se han previsto los recursos necesarios en sus respectivos Presupuestos. Asimismo, la disposición mencionada estableció que el Ministerio de Salud debía actualizar o adecuar los instrumentos de gestión que complementen la transferencia presupuestal con las transferencias de las funciones que correspondan ser asumidas por los gobiernos regionales, en un plazo no mayor de 30 días a partir de la entrada en vigencia de la Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007.

En lo que respecta al régimen laboral, la Asociación CLAS contrata a su personal bajo el régimen laboral de la actividad privada, por lo que debe cumplir con las obligaciones por concepto de beneficios sociales, o retenciones de tributos u otros, según corresponda. Toda cancelación por horas extraordinarias es efectuada por planilla.

La asociación CLAS es una persona jurídica y por tanto se encuentra obligada a llevar contabilidad completa¹⁸. Además, de conformidad con lo establecido en la Directiva Administrativa 095-MINSA/DGSP-V.01¹⁹, la Asociación CLAS como persona jurídica privada debe cumplir con llevar los libros y registros de contabilidad completa de acuerdo al Plan Contable General Revisado. El registro de las operaciones contables debe respaldarse con la firma de un Contador Público Colegiado²⁰, quien asume la responsabilidad por la veracidad de la información registrada.

Por otra parte, las Asociaciones CLAS se encuentran reguladas por el Texto Único Ordenado, del Código Tributario, aprobado por Decreto Supremo N° 135-99-EF, Texto Único Ordenado del Impuesto a la Renta, aprobado por Decreto Supremo N° 054-99-EF, Texto Único Ordenado de la Ley del Impuesto General a las Ventas e Impuesto Selectivo al Consumo, aprobado por Decreto Supremo N° 051-99-EF, y las normas que regulan las aportaciones y contribuciones al Sistema de Pensiones y del Sistema de Salud.

En tal sentido, las rentas que obtengan las CLAS se encuentran exoneradas del Impuesto a la Renta, siempre que cumplan con los requisitos a los que se refiere el inciso b) del artículo 19° del TUO de la Ley del Impuesto a la Renta²¹. Asimismo, para efectos del goce de la exoneración antes mencionado y de la inscripción en el Registro de Entidades Exoneradas del Impuesto a la Renta, en los estatutos de las CLAS, además del cumplimiento de los otros requisitos establecidos, debe señalarse expresamente que en caso de disolución el patrimonio, éste será destinado a programas asistenciales de salud, o a cualquier otro fin contemplado en el inciso b) del artículo 19° del TUO de la Ley del Impuesto a la Renta.

¹⁸ Según artículo 65 de la Ley del Impuesto a la Renta.

¹⁹ Directiva Administrativa que norma los procedimientos para la aplicación del Decreto Supremo 01-94-SA, aprobada mediante Resolución Ministerial 698-2006-MINSA

²⁰ Dicho contador debe ser contratado por la Asociación CLAS conforme al Régimen del Impuesto a la Renta de Cuarta Categoría.

²¹ La norma señalada establece que únicamente se encuentran exoneradas las rentas de asociaciones sin fines de lucro que se constituyan con los siguientes fines: beneficencia, asistencia social, educación, cultura, científica, artística, literaria, deportiva, política, gremiales y/o de vivienda. Asimismo, las rentas de la asociación deben estar destinadas al cumplimiento de sus fines en el país; no deben distribuirse directa o indirectamente entre los asociados.

Cuadro No 6: Ejecución del ingreso y gasto ²² de la Asociación CLAS ²³

Para la ejecución del ingreso y gasto de los CLAS se deben cumplir con las siguientes actividades:

- ▲ Todos los pagos efectuados por el CLAS se efectúan en forma nominal y mediante cheque, previo acuerdo y aprobación del Consejo Directivo, en los casos siguientes:
 - ▲ Remuneraciones del personal contratado, siendo el documento fuente la planilla de sueldos.
 - ▲ Pago por la adquisición de bienes y servicios, respaldados por los comprobantes de pago respectivos.
 - ▲ Las retenciones y aportes que se efectúen a favor de AFPs, ESSALUD y por el impuesto a la renta de cuarta categoría.
 - ▲ Pagos en efectivo, por concepto de movilidad, refrigerio y comisiones debidamente sustentados mediante Declaración Jurada.
 - ▲ Reembolso de caja chica.
- ▲ Todos los bienes adquiridos por la Asociación CLAS se donan a la Dirección de Salud al finalizar el año y ésta los incorpora como bienes del Estado.(Patrimonio)
- ▲ Las Asociaciones CLAS presentaban mensualmente dos Declaraciones Juradas a la Dirección Regional de Salud DIRESA/DISA, una por la transferencia recibida de la OGA-MINSA (recursos ordinarios); y la otra por los RDR y otros ingresos extraordinarios (donaciones, legados y otros), acompañada de un informe mensual del avance en la ejecución del PSL. Dicha información se debía presentar a más tardar a los 10 días de vencido el mes, sirviendo de sustento a la DIRESA/DISA para que emitiera el documento Conformidad para el Giro, el mismo que se remitía a la Dirección General de Salud de las Personas-MINSA como requisito indispensable para la transferencia subsiguiente de fondos al CLAS. En la actualidad, a partir de lo establecido en la Ley de Presupuesto Público 2007, la declaración jurada que presentan las asociaciones CLAS y el informe de mensual de avance de la ejecución del PSL servirán de sustento a la DIRESA para que efectúe directamente la transferencia de fondos.
- ▲ Las adquisiciones de bienes y servicios que se realicen conforme al plan anual de adquisiciones y contrataciones que contenga el PSL, son efectuadas directamente por la Asociación CLAS, teniendo en cuenta el instructivo de adquisición de bienes emitido por la DIRESA/DISA y debiendo consignar su número del RUC en el comprobante de pago respectivo.
- ▲ Los comprobantes de pago son firmados por el Tesorero y el Gerente de la Asociación CLAS y archivados como parte del acervo documental del establecimiento de salud. Su custodia es responsabilidad del Tesorero y el Gerente de la Asociación CLAS.
- ▲ Cada fin de año la Asociación CLAS transfiere a título gratuito a la DIRESA los bienes adquiridos, debiendo la DIRESA proceder a incorporarlos oficialmente en el margesí de bienes del Estado y las cuentas contables correspondientes.
- ▲ El pago de la tasa que efectúan los usuarios para su atención en los establecimientos de salud, que constituyen los Recursos Directamente Recaudados y que se encuentran bajo la administración de un CLAS, debe ser registrado contablemente como recursos transferidos en administración para ser ejecutados exclusivamente de acuerdo a lo determinado en el PSL. En este caso, la Asociación CLAS, como administrador consigna en el comprobante de pago respectivo el número del Registro Único de Contribuyente de la DIRESA y/o Unidad Ejecutora correspondiente.
- ▲ Si existe saldo en el transcurso de un ejercicio fiscal éste puede ser reprogramado para una necesidad prioritaria a propuesta y por acuerdo en Acta de Asamblea CLAS, debiendo comunicarse aquello a la DIRESA /DISA dentro de los 15 días, a fin que evalúe y apruebe su ejecución.

²² La ejecución del gasto es de entera responsabilidad de la Asociación CLAS y se realiza de acuerdo al presupuesto aprobado para el PSL.

²³ De acuerdo a la Directiva Administrativa que norma los procedimientos para la aplicación del Decreto Supremo 01-94-SA, aprobada mediante Resolución Ministerial 698-2006-MINSA.

Por último, en lo concerniente al control, supervisión y seguimiento de la ejecución del PSL, la responsabilidad directa recae en la DIRESA, así como la verificación administrativa y contable y de los gastos de los fondos transferidos a la Asociación CLAS.

Para tal efecto, dicha autoridad puede disponer periódicamente: i) la exhibición de libros y registros contables y documentos sustentatorios; ii) solicitar al Tesorero los estados de cuenta bancarios sobre las operaciones activas y pasivas realizadas por la Asociación CLAS; o bien, iii) realizar entrevistas a miembros de la Asociación CLAS y de la comunidad sobre la veracidad de los gastos y lo establecido en la Declaración Jurada.

En tal sentido, la rendición de cuentas y resultados que deben efectuar las Asociaciones CLAS se sustenta en la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, debiendo seguir el siguiente procedimiento²⁴:

- ▲ Presentar mensualmente a la DIRESA/DISA sus Declaraciones Juradas, no documentadas sobre la ejecución del gasto realizada en el mes.
- ▲ Presentar en el mes de julio y diciembre de cada año a la DIRESA un informe sobre la ejecución del Programa de Salud Local y un informe sobre sus estados financieros.
- ▲ La toma de inventario anual de existencia y activo fijo y la comprobación física en los establecimientos asignados al CLAS.
- ▲ La Asociación CLAS debe presentar a la DIRESA un informe sobre la ejecución del Programa de Salud Local y un informe sobre sus estados financieros, en el mes de julio de cada año.
- ▲ La Asociación CLAS debe presentar para su revisión y aprobación por la DIRESA la siguiente información hasta el mes de febrero de cada año:
 - △ Declaraciones Juradas de las transferencias que recibió del Sector Público y de los RDR y otras fuentes, del ejercicio fiscal ejecutado;
 - △ Memoria institucional que resuma las actividades; realizadas y los resultados respecto a los compromisos y metas de servicios contratados; y
 - △ Cronograma mensual de la forma como se ejecutó el gasto.
 - △ Rendición de Cuentas del ejercicio ejecutado (Estados Financieros).
 - △ Informe Anual del cumplimiento de metas PSL para el ejercicio fiscal correspondiente.
- ▲ De existir observaciones por parte de la DIRESA/DISA el CLAS debe absolverlas en un plazo no mayor de 15 días, a partir de la recepción del documento, a efectos de que el Balance aprobado por el Consejo Directivo cuente con el visto bueno de la DIRESA/DISA. Esto era requisito indispensable para que la OGA procediera a efectuar la transferencia de fondos del próximo ejercicio fiscal sin embargo, con la Ley de Presupuesto para el año fiscal 2007 ahora los fondos están asignados directamente al pliego regional con lo que este paso ya no se estaría ejecutando.
- ▲ En el mes de febrero la DIRESA/DISA debe emitir un informe técnico sustentando la

²⁴ Directiva Administrativa que norma los procedimientos para la aplicación del Decreto Supremo 01-94-SA, aprobada mediante Resolución Ministerial 698-2006-MINSA.

transferencia de recursos y aprobando de ser el caso los documentos pertinentes.

3. Análisis de Experiencias Internacionales en la Descentralización

En este capítulo se recogen experiencias específicas que se han desarrollado en otros países, con la finalidad de explorar posibles aplicaciones para el caso peruano. No se trata entonces de una comparación de los elementos similares que se presentan en diferentes modelos, sino de experiencias puntuales que han surgido de modelos distintos.

3.1 Origen de la descentralización de los sistemas de salud

La fuerte orientación hacia una mayor descentralización es una tendencia en los países de Latinoamérica, en donde los Estados tienen una amplia tradición centralista. Durante la década de los 80 se presentaron muchos cambios en la estructura socioeconómica del continente, surgiendo de esta manera la necesidad de reestructurar los sistemas estatales y la mayoría de las políticas, sobre todo las sociales.

La descentralización aparece en este contexto como una de las alternativas más apreciadas. El fortalecimiento de los gobiernos subnacionales en cuanto a la toma de decisiones permitiría mejorar el diagnóstico de las necesidades poblacionales por la oportunidad de conocerlas de manera más cercana y profunda, generando la formulación de soluciones más acertadas y de mayor impacto.

Cada país experimentó la descentralización y empezó el proceso en condiciones diferentes relativas a su historia política y social, sus capacidades institucionales, su situación económica, entre otros factores.

3.1.1 Argentina

En Argentina, el Estado Nacional mantuvo centralizadas las funciones de planificación, inversión y administración de los servicios de salud a través del Ministerio de Salud Pública. El proceso de descentralización de estos servicios se realizó en varias fases.

En un primer periodo, se pretendió reforzar el federalismo del Estado, redefiniendo las relaciones entre el nivel central y el provincial. Si bien a fines de los 50 se habían hecho algunos avances al respecto, como transferir los hospitales al nivel provincial, estas iniciativas debieron ser revertidas pues fracasaron dada la escasez de recursos de los nuevos entes gestores.

En un nuevo intento, en 1971 se promulgó la Ley N° 19.337 de "Descentralización Hospitalaria e institución de los Hospitales de la Comunidad", delegando funciones administrativas, que permitieron que los hospitales alcanzaran una mayor independencia para la provisión de sus recursos, sin embargo esta medida no prosperó (Repetto, 2001).

En 1974, el gobierno nacional argentino creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con la finalidad de asegurar un acceso igualitario a la salud para toda la población. Este sistema

único no produjo el interés esperado en la mayoría de las provincias, quienes decidieron no adherirse.

En 1978 se retomó la decisión de transferir los hospitales nacionales a las provincias y a través de la promulgación de la Ley N° 21.883, se suscribieron convenios entre el Ministerio de Bienestar Social de la Nación y 8 provincias adjudicándoles la gestión de 65 hospitales públicos. Esta medida fue cuestionada pues se repetían los errores de la experiencia previa, en la que se traspasaron nuevas funciones pero no los recursos financieros que les permitieran hacerse cargo de estos servicios (Repetto, 2001).

A fines de 1988 se promulgaron las leyes de "Obras Sociales" y la N° 23.661 de "Seguro Nacional de Salud". En esta última se buscaba una descentralización gradual del Seguro, transfiriendo las funciones propias de la Secretaría de Salud de la Nación (MSAS) y de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSES) a las jurisdicciones provinciales y a la Municipalidad de Buenos Aires mediante la firma de convenios entre los niveles de gobierno involucrados.

El proceso de descentralización continuó su evolución en la década de los 90 y fue en ese periodo en el que se transfirieron los últimos hospitales que quedaban bajo el poder nacional a las provincias, éstas a su vez fueron delegando funciones a los municipios que las solicitaron y/o aceptaron (carácter discrecional).

Por último, los hospitales evolucionaron hacia un nivel de autogestión bajo un modelo de "autonomía hospitalaria" teniendo facultades para captar fondos y administrar autónomamente el servicio (CEPAL, 1998).

Cuadro No 7: Deberes y atribuciones de los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA)

| Deberes | Atribuciones |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - cumplir con los requisitos básicos del "Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica" elaborado por la Secretaría de Salud, alcanzando indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad; - aprobar una evaluación periódica de control de eficiencia y calidad; - elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional para su aprobación el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos genuinos; - elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos necesarios; - extender el horario de atención de sus servicios brindando asistencia entre las 8 y las 20 horas (a excepción del servicio de emergencias); y - prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos en forma gratuita y disponer de un área de servicio social para establecer la situación socioeconómica y el tipo de cobertura de la población que demande sus servicios. | <ul style="list-style-type: none"> - cobrar los servicios que brindasen a personas con capacidad de pago o terceros pagadores (obras sociales, mutuales, prepagas, seguros de accidentes, medicina laboral, etc); - recibir los aportes presupuestarios asignados por su jurisdicción según su producción, rendimiento y tipo de beneficiario; - disponer sobre la ejecución presupuestaria y los recursos generados en el propio HPA; - designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada y sancionar al personal conforme a las normas vigentes en cada jurisdicción; - elaborar su propio reglamento interno; e - integrar redes de servicios |
| <p>A través del Decreto N° 578, además de crearse el Registro Nacional de HPA, se delimitaron los deberes y atribuciones de los hospitales que funcionen bajo esta modalidad. Así, se estableció que los establecimientos que fueran registrados como HPA podrían, por ejemplo presentar estos deberes y atribuciones.</p> | |

Tomado de Repetto, Fabián (2001) "Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino" Páginas 28-29.

3.1.2 Bolivia

El proceso de descentralización en Bolivia, se inició con la promulgación de un paquete de reformas llamadas de "segunda generación", siendo las más relevantes: la Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO), la Reforma a la Constitución Política del Estado, Ley de Capitalización, "Ley de Participación Popular" la Reforma Electoral, Ley de Regulación Sectorial, Ley de Pensiones, Ley de Organización del Poder Ejecutivo y las Reformas del Sistema Judicial (Campero, 2005).

Las reformas de segunda generación seguían un modelo descentralizador basado en la gestión compartida con el incentivo de la participación popular, respondiendo a una extensa voluntad de democratizar el país, incluyendo a porciones de la sociedad usualmente excluidas, persiguiendo la justicia social (Arze y Martínez-Vázquez, 2003).

La "Ley 1551 de Participación Popular", promulgada en abril de 1994, creó un nuevo nivel de gobierno subnacional: el municipio. Se establecieron 311 nuevas jurisdicciones urbanas y rurales con autonomía financiera y administrativa. Estas entidades recibieron las funciones de administración y mejoramiento de la infraestructura física que afecta a los servicios públicos de salud, educación, cultura, deportes, mantenimiento de caminos vecinales y microrriego (Arze y Martínez-Vázquez, 2003 ; Campero, 2005).

Se transfirieron recursos desde el gobierno central hacia los gobiernos municipales, para que éstos pudieran asumir sus nuevas tareas, a través de la coparticipación tributaria per cápita consistente en el 20% de los ingresos nacionales, recaudación de impuestos municipales y tasas (Campero, 2005).

En cuanto a la salud, el gobierno central les transfirió a los recién instalados municipios la infraestructura de los establecimientos de salud y los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad incluyendo hospitales de referencia nacional. Estos deberían encargarse del mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles recibidos, así como de asegurar la calidad de la prestación a través de proporcionarles los insumos necesarios (CEPAL, 1998).

Los compromisos del Ministerio de Salud y Previsión Social dentro del proceso fueron descentralizar la administración de recursos humanos, gestionar recursos externos, para apoyar las diferentes acciones de salud en el departamento y dar asistencia técnica y equipamiento al Sistema Nacional de Información en Salud (Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia, 2007).

Posteriormente, se dio la "Ley de Descentralización Administrativa" a través de la cual se establecieron las prefecturas como ejes de coordinación entre el poder central y el departamental. Estas entidades estaban a cargo de autoridades designadas por el presidente de la República y representan su poder en las instancias regionales (CEPAL, 1998).

En servicios como la educación y la salud, las prefecturas debían compartir con los municipios algunas de las responsabilidades designadas por el poder central. Esta distribución se hizo bajo un modelo "descentralización por factores", en el cual las prefecturas se hicieron cargo de la administración, supervisión y control de los recursos humanos, mientras que los municipios asumieron el encargo de la infraestructura (Bossert, 2000).

En julio de 1996 y con la finalidad de reducir los efectos de uno de los principales problemas de salud en el país, se implementó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) a través del cual, las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años podrían recibir de manera gratuita un paquete básico de servicios. El gobierno central, las prefecturas y los municipios

debieron coordinar para el financiamiento de este paquete. Así, las municipalidades tenían que asignar el 3% de los fondos de coparticipación a una cuenta específica para financiar los insumos y medicamentos necesarios para el funcionamiento del SNMN.

En 1998 se amplió el SNMN al "Seguro Básico de Salud" (SBS) concebido como "un conjunto esencial de prestaciones en salud de alto impacto y bajo costo" (Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia, 2007), compuesto por diversos paquetes de servicios dirigidos a diversas poblaciones: a) paquete de Atención a la Niñez (seguimiento al recién nacido hasta los cinco años de edad); b) paquete de Promoción y Rehabilitación Nutricional (monitoreo y promoción del crecimiento en menores de 5 años); c) paquete de Atención a la Mujer (salud sexual y reproductiva de la mujer); d) paquete de Atención de la Población en General (detección del cáncer uterino, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, malaria, tuberculosis y cólera).

El proceso de descentralización en el caso boliviano, no siguió patrones progresivos, fue muy rápido y abarcó todo el territorio.

3.1.3 Brasil

Brasil es un país extenso y sumamente heterogéneo. Esas diferencias se traducían y evidenciaban también en el plano de acceso a servicios básicos en los que se podía percibir una gran inequidad. Los indicadores de segmentación y fragmentación del sistema de salud así como los de universalización de los derechos sanitarios eran muy pobres y complicados de superar (Labra, 2000).

Frente a esta situación surge la demanda popular para realizar cambios y hacer que la salud llegue a las poblaciones más necesitadas y excluidas, difícil objetivo en un área tan vasta y con una geografía tan compleja.

Las reformas empezaron con la Constitución de 1988 en donde se instauró el Sistema Único de Sanidad (SUS) que tenía como meta principal la cobertura universal de toda la población brasileña. Por otro lado, se estipuló también la descentralización como una estrategia primordial, así la ejecución de los servicios de salud pasaron a ser gerenciados por los estados y los municipios, minimizando las funciones de la Unión Federal (Medici, 2005).

Se previó también aumentar el grado de participación de la sociedad como ente de apoyo y consulta para la gestión del sistema a través de Consejos de Salud organizados en todas las esferas de gobierno. Desde estos consejos la población podía expresar sus contribuciones en la planificación y fiscalización de las acciones de salud.

Se dictaron normas operativas básicas (NOB) que fueron definiendo gradualmente los objetivos y las directrices estratégicas del proceso de descentralización de la política de salud en el país (Mendez, 2005). El modelo propuesto contemplaba una integración progresiva de los municipios y estados, considerando las diferencias de capacidades existentes entre los mismos. A través de las disposiciones normativas se originó la posibilidad para cada gobierno subnacional de solicitar su calificación en tres modalidades o niveles distintos de gestión: incipiente, parcial o semiplena. Cada uno de los niveles implicaba un grado diferente en el manejo de recursos, yendo de lo más simple a lo más complejo, siendo la gestión semiplena la forma más avanzada. Así por ejemplo, en este tipo de gestión, las Secretarías Municipales de Salud asumían la definición de políticas, ejecución, verificación, control y evaluación de los servicios en su territorio, además de todos los recursos financieros que antes eran transferidos por el nivel federal (Mendez, 2005).

Cuadro No 8: Instrumentos utilizados en Brasil

| Los principales instrumentos utilizados en la atención básica de salud fueron: | En los niveles de atención de complejidad media y alta se usaron los siguientes instrumentos: | En cuanto al marco más general se emplearon los siguientes instrumentos: |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - la definición de una asignación per cápita mínima; - la elaboración de mecanismos de transferencia automática de recursos para los municipios con base en la asignación per cápita; - la creación de incentivos o destinación de fondos adicionales a la asignación per cápita a medida que los municipios asumían otros tipos de programas o acciones definidas por el Ministerio (asistencia farmacéutica básica, vigilancia sanitaria, epidemiológica y combate a las carencias nutricionales/Beca Alimentación); y - la definición del monto transferible por equipo de Salud de la Familia a los municipios, y posteriormente la creación de un incentivo progresivo en función del grado de cobertura de la población en cada uno de ellos. | <ul style="list-style-type: none"> - reajustes diferenciados de los precios de los procedimientos para incentivar la oferta de servicios identificados por el Ministerio como de interés para la población; - introducción gradual de nuevos medicamentos especiales a ser distribuidos en forma gratuita para la población de acuerdo con la disponibilidad de recursos del Ministerio; creación del Fondo de Acciones Estratégicas (Faec) e - inversiones para ampliar y modernizar la infraestructura física y tecnológica del sistema con recursos del Tesoro y de fuentes internacionales. | <ul style="list-style-type: none"> - la aprobación de la Enmienda Constitucional N° 29 que aseguró la estabilidad del financiamiento para el sistema público de salud; - la aprobación de la legislación necesaria para desarrollar una política relativa a los medicamentos genéricos y para controlar los precios de los mismos; y - la creación de agencias reguladoras de vigilancia sanitaria y de salud suplementaria. |

Tomado de "Innovaciones en el financiamiento intergubernamental para promover la equidad en el acceso a los servicios sociales: El caso de la salud y la educación en Brasil" página 20. Gabriel Ferrato dos Santos

La flexibilidad del nuevo sistema permitió la adhesión paulatina de los actores convocados, por lo que pudieron asumir las responsabilidades inherentes al proceso respetando sus propios ritmos.

3.1.4 Colombia

Colombia inició un acelerado proceso de descentralización municipalista entre 1986 y 1991. Se instituyó la elección popular de alcaldes y se cedieron a las municipalidades funciones en educación, manejo de vías locales, manejo de servicios básicos y salud. En 1991, el proceso de descentralización se extendió al nivel regional, creando elecciones para gobernadores y transfiriendo a estas entidades nuevas competencias y funciones. En este escenario los niveles locales de gobierno recibieron muchas responsabilidades ligadas a la gestión de la salud en sus comunidades.

Durante una primera fase pudieron tomar decisiones sobre la inversión en infraestructura, dedicándose la mejora física e implementación de los centros de salud bajo su jurisdicción política. En un segundo periodo, a través de la reforma sectorial de 1990, los municipios recibieron el encargo de brindar la prestación de los servicios y cumplir con el funcionamiento del primer nivel de atención en salud. Los niveles departamentales recibieron la función de la atención del segundo y tercer nivel (Vargas, 2000). Sin embargo no existían limitaciones ni a los servicios ni a las inversiones que cada nivel de gobierno podía implementar a partir de las facultades recibidas.

El saneamiento ambiental representa otro componente esencial de las funciones transferidas a los municipios. La mayoría de las Direcciones Locales tiene a su cargo la Inspección, Vigilancia y Control del Saneamiento Ambiental aunque muchas de estas encargan esta tarea a los hospitales (Jaramillo, 2001).

Cuadro No 9: Grado de municipalización de la red de servicios

| CLASE DE SERVICIO | GRADO DE MUNICIPALIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS Variación de la responsabilidad sobre los servicios entre 1990 y 1999 | | | |
|--------------------------|---|------|-------------------|------|
| | Red Municipal | | Red Departamental | |
| | 1990 | 1999 | 1990 | 1999 |
| Prevención y Promoción | 36% | 83% | 64% | 17% |
| Consulta Externa General | 56% | 74% | 44% | 26% |
| Consulta Especializada | 12% | 74% | 88% | 26% |
| Consulta Odontológica | 80% | 93% | 20% | 7% |
| Atención De Los Partos | 46% | 56% | 54% | 44% |
| Atención De Urgencias | 18% | 81% | 82% | 19% |
| Hospitalización N-1 | 39% | 77% | 61% | 23% |
| Referencias De Pacientes | 24% | 94% | 76% | 6% |

Tomado de Jaramillo, Julio (2001), "Evaluación de la descentralización municipal en Colombia Evaluación de la descentralización en salud en Colombia" página 14.

Por otro lado, la Constitución de 1991, establece también una serie de reformas en el sistema de salud, entre las que se destacan el carácter de indispensable otorgado a la participación ciudadana en las decisiones que involucran aspectos sanitarios de la población y la obligatoriedad de la seguridad social. Finalmente, en 1993, se creó el Sistema de Seguridad Social en Salud que, engarzado con la descentralización puesta en marcha por el Plan de Atención Básica ("Ley 100"), ofrecía un panorama favorable creando muchas expectativas en los usuarios colombianos.

Recientemente, la Ley 100 sufrió modificaciones separando las responsabilidades municipales de las del nivel intermedio de gobierno, en razón de haberse presentado duplicidades importantes entre ambos tanto en inversiones como en la definición de los servicios de salud que cada entidad hospitalaria presta. En adición, desde unos pocos años atrás, se trata de introducir el esquema de redes conformadas por hospitales y centros de salud, las cuales son responsabilidad del nivel intermedio de gobierno. Asimismo, se está tratando de racionalizar la proliferación de establecimientos creados por los municipios en los años anteriores, otorgándose para ello la responsabilidad de diseñar la red y autorizar establecimientos al nivel departamental.

Cabe señalar que la crisis financiera de los hospitales que alcanzó su momento más álgido entre el 2000 y el 2001, representó una oportunidad para establecer mecanismos de "reconcentración" de responsabilidades sobre la operación y supervisión de los hospitales en el nivel departamental. Para ello se han venido desarrollando convenios de rescate financiero entre el

nivel nacional y los departamentos -y hoy se ensayan entre éstos y los municipios-, a cambio de cumplimiento de metas de calidad de atención y de gestión.

3.2 Contenidos de la Descentralización

3.2.1 Gestión de Recursos Humanos

La gestión de los recursos humanos ha sido un tema muy conflictivo en los procesos de reforma de los sistemas de salud. En el ámbito de la descentralización, los trabajadores del sector han tenido una escasa participación, usualmente orientada a la defensa de sus condiciones laborales (y de la posibilidad de negociación colectiva única) expresando una fuerte y organizada resistencia. Desde el lado del gobierno nacional, la dificultad de aprobar reformas a los tradicionales sistemas de empleo del sector, así como la posible pérdida de control sobre el gasto público que las negociaciones subnacionales podrían implicar han generado resistencia para aprobar la transferencia de las decisiones en materia salarial a los niveles descentralizados. Quizá esta sea la principal razón por la que este aspecto se presenta aún con altos índices de centralización en muchos países.

Los gobiernos centrales consideraron que la transferencia de la gestión de recursos humanos presenta una serie de dificultades que no todos estuvieron dispuestos a afrontar. Se debe considerar el alto costo que implica contratar a personal capaz de asumir las funciones traídas por la descentralización. Por otro lado, existe un alto costo resultante del traspaso de los fondos de pensiones de los empleados que cambiaron su estatus laboral (de nacionales a provinciales/municipales/cantoniales, etc.)

Los gobiernos locales por su parte tienen también reticencias frente al desafío que implica administrar los recursos humanos del sector salud. Estos tienen una historia extensa de organización caracterizada por sindicatos habituados a la confrontación por la protección de sus miembros, cualquier error implicaría un conflicto ganado con ellos.

El control local de los recursos humanos debería mejorar la eficiencia técnica y la calidad de los servicios a través de una estrecha vigilancia de la prestación. Los administradores locales deberían tener la potestad de hacer nombramientos y despidos con la finalidad de optimizar la calidad de atención. Sin embargo, la delegación de estas facultades a los gobiernos subnacionales no siempre ha tenido resultados positivos. Se han presentado situaciones de abuso en las que las autoridades han mal utilizado su poder ejerciendo un excesivo control de los empleados de salud, llegando a niveles de hostigamiento. En otros casos se contrató personal "escogido" que no necesariamente era el idóneo para los puestos de trabajo

3.2.1.1 México

El proceso de descentralización empezó en México en el año 1983, con la transferencia de funciones a 14 de los 31 Estados del gobierno federal. Uno de los acuerdos concertados con el nivel central implicaba que los estados descentralizados aumentaran su gasto en los sectores de salud y educación, sin embargo, muy pocos pudieron cumplir con esto pues enfrentaban serias crisis fiscales.

En cuanto a salud, las autoridades locales tenían algunas pocas funciones básicas que desempeñar pero estaban limitados por la escasez de recursos financieros. En este contexto la gestión de los recursos humanos seguía centralizada, en manos de la Secretaría de Salud (SSA)

que continuó decidiendo sobre los nombramientos, las contrataciones, los despidos, la ubicación y la composición de la fuerza laboral (Homedes y Ugalde, 2005).

En una segunda etapa iniciada en 1994 con una nueva firma de acuerdos de descentralización entre los estados y el gobierno federal, se pretendió continuar con el proceso descentralizador que había quedado trunco a raíz de los problemas surgidos en la primera fase.

En este periodo la SSA continuaba a la cabeza de la gestión de los recursos humanos, sin embargo se empezaron a tomar medidas para que los gobiernos locales adquirieran ciertos poderes sobre los trabajadores de salud. De esta manera, las autoridades estatales pudieron decidir sobre la ubicación del personal que se encontraba bajo su jurisdicción, moviendo a los empleados de un lugar a otro según sus criterios de necesidad. Además hubo un gasto importante para cambiar de régimen a todos los empleados de la SSA, éstos debían pasar de ser trabajadores estatales a ser trabajadores federales (Homedes y Ugalde, 2005).

Por último, en 1998, se creó el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) que permitía a los gobiernos locales disponer libremente de las partidas transferidas por el gobierno central. En estos fondos se trasferían también los aportes destinados al pago de salarios del personal, pero éstos, que representaban la mayor parte, no podían ser destinados a otro rubro que no fuera el salarial, lo que sirvió para evitar posibles enfrentamientos con el gremio médico.

3.2.1.2 Chile

La descentralización de los sistemas de salud en Chile tiene un origen no democrático y empezó en 1981 con la transferencia de la administración de los establecimientos y los recursos humanos de la atención primaria a los gobiernos municipales.

Esta transferencia se hizo en dos periodos, el primero entre 1981 y 1985 durante el cual se logró traspasar el 20% de los establecimientos, en su mayoría consultorios de atención primaria ubicados en zonas rurales. En el segundo periodo, que fue desde 1986 a 1989, se consiguió que casi la totalidad de establecimientos de salud restantes se adhieran a la reforma (Miranda, 1997).

Los gremios médicos tuvieron un rol predominante en el avance de la municipalización en el territorio chileno pues ejercieron una fuerte presión para evitarla.

Los empleados de salud pasaron a un régimen de tipo privado en el que se vieron obligados a tranzar con los municipios sus contratos así como sus condiciones laborales y salariales, sometiéndose además a las posibilidades y realidades específicas de cada localidad (que no siempre eran las óptimas)

Las diferencias entre las condiciones financieras de los diversos municipios que funcionaban ahora bajo una lógica de mercado o sector privado, generó una gran heterogeneidad en los salarios asignados al personal de salud. Los trabajadores migraron hacia jurisdicciones en las que podían encontrar mejores salarios, dejando desprovistas o mal provistas a las jurisdicciones más pobres.

Cuando el personal que se desempeñaba en los centros de atención primaria pasó a depender de los gobiernos locales que los tenían a su cargo debieron cambiar también su estatus, dejando de ser considerados funcionarios públicos y perdiendo los beneficios de la carrera.

Esta situación representó un grave escollo para los gobiernos de turno que buscaron consolidar las responsabilidades ediles en torno a la salud. Después de muchas negociaciones, con avances y retrocesos, se aprobó en 1995 el Estatuto de Atención Primaria de la Salud (Goic y

Armas, 2003). En este documento el gobierno se comprometió con los gremios involucrados a no considerarlos como empleados del sector privado además de restablecerles muchas de las normas laborales protectoras que se habían perdido en la delegación municipal. Estas medidas estuvieron orientadas a acortar las brechas existentes con los funcionarios que habían permanecido en el nivel central.

3.2.1.3 Colombia

La descentralización en Colombia fue un proceso acelerado a través del cual el gobierno central fue otorgando responsabilidades a los distintos gobiernos subnacionales de manera progresiva. Estos gobiernos recibieron una gran cantidad de funciones relacionadas con la aplicación de políticas sociales y los recursos fiscales para lograr su ejecución.

Una de las funciones principales que se transfirieron a los municipios fue la de asumir la responsabilidad del Plan de Atención Básica (PAB), lo que implicó que el 84% de las Direcciones Locales de Salud se encarguen de la inspección, vigilancia y control del PAB a través de personal contratado por ellas (Jaramillo, 2001).

Existe un sistema de carrera administrativa que restringe los alcances del poder local en cuanto a negociaciones con el personal sobre niveles salariales, ingresos y despidos e incluso impide el establecimiento de incentivos individuales por buen desempeño perjudicando a los propios trabajadores. Por otro lado, al no poder ejercer un control efectivo sobre la planta de personal, los municipios han ido destinando recursos adicionales de su presupuesto a la ampliación de servicios y con ello a la ampliación de la planta de personal. Luego de la crisis de los hospitales, se promovió la reducción de las llamadas plantas de personal optándose por la tercerización y subcontratación de servicios profesionales. Ello también provocó una importante distorsión en el sistema, dado que hoy existen hospitales que no cuentan con una planta mínima razonable y se produce una alta rotación del personal subcontratado.

Otra de las enseñanzas que dejó el proceso colombiano, fue la necesidad de introducir otro tipo de personal para la administración de los servicios. En la medida que se crearon una suerte de empresas hospitalarias que debían financiarse con la "venta" de sus servicios a los diferentes financiadores de la salud (Estado, empresas aseguradoras y el propio municipio para la denominada población vinculada), compitiendo en condiciones de igualdad con la actividad privada, también los sistemas de soporte administrativo y gerencial fueron creciendo en personal.

Los gobiernos locales han conseguido una importante autonomía en la gestión de la salud, pudiendo tomar decisiones con libertad en áreas como por ejemplo la financiera o la organización de los servicios, sin embargo en cuanto al manejo de recursos humanos tienen aún limitaciones debido a los inconvenientes en las negociaciones con los sindicatos. Este componente político ha representado un obstáculo importante al dificultar los traslados de los trabajadores de una entidad territorial a otra (de categoría nacional pasaron a categoría local).

Cuadro No 10: Resumen – Gestión de Recursos humanos

| Gestión de Recursos Humanos | |
|------------------------------------|---|
| México | <p>1983 – 1994 El gobierno central, a través de la Secretaría de Salud decide sobre los nombramientos, las contrataciones, los despidos, la ubicación y la composición de la fuerza laboral.</p> <p>1994 - 1996 Las autoridades estatales deciden sobre la contratación y ubicación del personal.</p> <p>1998 en adelante Creación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Los gobiernos locales deciden sobre la contratación y ubicación del personal de salud y tienen a su cargo la administración de los fondos para el pago de salarios.</p> |
| Chile | <p>1981 - 1995 Transferencia de la administración de los establecimientos y los recursos humanos de la atención primaria a los gobiernos municipales quienes decidían sobre la contratación y las condiciones laborales y salariales del personal.</p> <p>1995 en adelante Reconcentración: La aprobación del Estatuto de Atención Primaria de la Salud estableció nuevas normas sobre las remuneraciones y las contrataciones. Los trabajadores recuperaron su estatus de funcionarios públicos así como condiciones laborales protectoras perdidas en la gestión municipal.</p> |
| Colombia | <p>El gobierno central, a través del Ministerio, establece los niveles salariales, contrataciones y despidos, limitando el poder del nivel local.</p> <p>Se ha extendido el uso de personal contratado, sobre el cual los niveles subnacionales pueden ejercer control.</p> |

3.2.2 Financiamiento y Gasto

En general a nivel de Latinoamérica, la principal fuente de financiamiento a través de la cual los gobiernos locales que han recibido la transferencia de funciones descentralizadas proviene del gobierno central, quien se los asigna y traspasa por medio de diversos mecanismos.

A pesar de los avances en la autonomía ganada para la ejecución presupuestal (cada vez tienen más poder de decisión sobre el destino de los fondos), los gobiernos subnacionales no han logrado generar –y difícilmente lo harán- una cantidad suficiente de recursos propios que les permitiría romper con el alto grado de dependencia que tienen de los recursos del nivel central, dados los niveles de pobreza que afectan nuestros países y las aún pobres capacidades de gestión que se presentan en la mayoría de éstos.

3.2.2.1 Brasil

En 1988, la Constitución Federal formuló la implementación de un Sistema Unificado de Salud pública (SUS) reafirmando al Estado como proveedor del derecho a la salud y promotor del acceso universal y equitativo a este servicio.

Se estipularon, mediante leyes, mecanismos automáticos para que el gobierno nacional pudiera transferir los recursos financieros destinados a cubrir los procesos de descentralización en salud, sin embargo resultaron demasiado complejos en su aplicación por lo que quedaron prácticamente sin efecto. Estos mecanismos pretendían realizar la asignación financiera considerando una serie de criterios como perfiles demográficos y epidemiológicos, desempeño técnico, desarrollo económico, planes de inversión, desarrollo organizacional, entre otros que fueron imposibles de evaluar en la práctica por lo que, en muchas ocasiones, la entrega de

recursos por este medio quedó sin efecto, generándose un grave desequilibrio en el sistema de financiamiento.

Bajo estos supuestos de dependencia del nivel central, la crisis financiera del 93 dejó al sector Salud a merced de la orientación de políticas de ajuste y estabilización macroeconómica, desfinanciándolo totalmente y propiciando una pérdida de calidad y de cobertura del sistema público.

En 1993, y como medida para superar los estragos de la crisis, el gobierno nacional estableció un impuesto llamado "contribución provisoria sobre los movimientos financieros" (eliminado y restablecido en diversas oportunidades) que le permitiría seguir afrontando sus obligaciones económicas con los servicios de salud (Giambiagi y Ronci, 2005).

Durante los primeros años del proceso descentralizador la mayor cantidad de las transferencias desde el gobierno central estuvo dirigida a los estados. En la década de los noventa los municipios cobraron mayor importancia y pasaron a ser los principales beneficiarios (Ferrato, 2005). Estos se evidencian en la disminución de la participación del gobierno federal en el financiamiento de la salud, al reducirse, entre 1985 y 1996, del 73% al 54%, mientras que la de los municipios aumentó del 9% al 28%. Los estados no experimentaron cambios y mantuvieron su participación en un 18%. Se puede deducir entonces que la descentralización del financiamiento fue hacia los municipios (Medici, 2002).

En la actualidad, los niveles subnacionales de gobierno (los estados y municipios) administran la mayoría del gasto en salud.

Por último, el financiamiento del sector salud en Brasil ha sido insuficiente para conseguir los objetivos de universalización y equidad propuestos en sus bases. Medici (2005) señala que "En la salud de este país se gasta poco y mal" indicando que en general los esfuerzos financieros del sector no se han canalizado hacia los segmentos más necesitados y excluidos de la población.

3.2.2.2 Argentina

El proceso de descentralización de la salud en Argentina está caracterizado por la transferencia de hospitales a las provincias de manera gradual, por medio de un traspaso progresivo de competencias. El financiamiento de este proceso así como el de todos los programas sociales estuvo marcado por las limitaciones presupuestarias generales producidas por las crisis económicas que afectaron al sector público en general.

La salud pública en Argentina es financiada a través de transferencias generales automáticas provenientes del "pacto fiscal" y de una poco significativa suma de recursos propios. Los gobiernos subnacionales pueden disponer de manera autónoma de los recursos presupuestarios recibidos, pues el gobierno central se limita a dar directrices, que no tienen más que un valor indicativo.

Los hospitales provinciales cuentan con una autonomía mayor y tienen incluso independencia en cuanto a la producción y administración de sus propios recursos. Esta descentralización microeconómica fue motivada por el gobierno central por la modalidad de "hospitales de autogestión" (Cetrángolo y Devoto, 2002).

Por ejemplo, el Hospital de Autogestión planteó producir recaudación propia en los hospitales públicos cobrando a personas con demostrada capacidad de pago y realizando el cobro de prestaciones a las Obras Sociales y a entidades de medicina prepaga. Se observó que el cambio en los sistemas de financiamiento acercándolos al sector privado tendía a estimular la competencia entre establecimientos. Estos cambios se reflejaron también en actitudes más

flexibles de los trabajadores quienes se estaban alejando poco a poco de la cultura organizacional pública. Sin embargo, estas mejoras estuvieron condicionadas a los contextos socioeconómicos previos de las zonas en las que se instauró el nuevo modelo hospitalario de gestión.

Cuadro No 11: Caso: Hospital de Eldorado, Provincia de Misiones, Argentina

La municipalidad de El Dorado en la Provincia de Misiones, una de las más pobres del país y con altos indicadores de riesgo social y sanitario, contaba con un Hospital de complejidad VI a cargo del gobierno nacional. Este hospital fue transferido a la provincia de Misiones bajo el modelo de Hospital de Autogestión. Después del traspaso el gobierno nacional dejó de aportar recursos financieros y se introdujeron criterios de rentabilidad que produjeron una serie de cambios en la prestación de los servicios de salud. Las diferencias entre las provincias más ricas y las provincias más pobres se agudizaron debido a las posibilidades de las mismas para proveerse de los recursos necesarios.

En este hospital se pudo observar una crisis financiera que repercutió en el cumplimiento de sus actividades. Se presentaron serias dificultades para pagar los servicios y para cumplir con el mantenimiento de la infraestructura.

Incluso debieron suspenderse algunas actividades de Atención Primaria por falta de recursos para reparar los vehículos y hubo disminución en la consulta por lo que puede deducirse que los indicadores de salud en esta comunidad pudieron verse afectados (Stolkiner, 1996).

A pesar de gozar de una aparentemente amplia autonomía, las entidades de salud pública argentinas aún mantienen una fuerte dependencia del nivel central siendo éste el origen de su principal fuente de financiamiento.

3.2.2.3 Bolivia

La fuente proveedora de recursos para las entidades descentralizadas en Bolivia es el gobierno central.

Estos recursos llegan a los municipios a través de transferencias generales automáticas establecidas en las leyes de "Participación Popular" y "Descentralización Administrativa", promulgadas en 1994 y 1995 respectivamente.

El gobierno central designa que el 20% de la recaudación nacional (excluyendo el Impuesto Especial a los Hidrocarburos) es distribuido a los municipios en base a una regla per cápita (Bossert, 2000).

Por otro lado, se promueve la descentralización tributaria. Los municipios pasan a tener el control de los impuestos a la propiedad y se les otorga la libertad de crear nuevos impuestos o fuentes de ingreso con la finalidad de aumentar su capacidad fiscal y por consiguiente su autonomía (Bossert, 2000).

A pesar de esto, los gobiernos locales tienen restricciones para sus asignaciones presupuestarias. Desde 1996 los recursos destinados a las municipalidades tienen una directiva de asignación en la que se confiere el 85% para la inversión de responsabilidad, de esta manera solo el 15% les es otorgado para su libre disposición en forma de gasto corriente (Blanes, 1999).

Las diferencias entre los municipios pequeños y grandes en términos de poder generar recursos propios son muy grandes y la brecha continuará ensanchándose en la medida que no haya cambios estructurales que consideren e introduzcan estas diferencias en la asignación de los recursos financieros.

3.2.2.4 Colombia

En Colombia, la transferencia de funciones a entidades descentralizadas estuvo acompañada de una importante cesión de recursos fiscales, designados para asegurar su cumplimiento. En un primer periodo los recursos traspasados alcanzaron casi la mitad de lo recaudado por concepto del impuesto al valor agregado, equivalentes al 18% de los ingresos corrientes de la nación (Vargas, 2000).

Las transferencias a los departamentos para financiar los sectores sociales tuvieron directivas generales de asignación considerando el 25% para salud y el restante 75% para educación. Estas asignaciones se hicieron tomando en cuenta varios indicadores como el gasto histórico, la cantidad de población y el esfuerzo fiscal, aunque se ha mencionado que finalmente el criterio predominante fue el gasto histórico.

Los municipios recibían también transferencias generales, vía coparticipación de impuestos, con directivas de asignación para los sectores sociales (se estipuló en este caso también el 25% para el sector salud). Los criterios para las asignaciones en este caso introdujeron indicadores de pobreza relativa local y eficiencia administrativa en adición a los anteriormente mencionados.

En la experiencia colombiana se ha demostrado que la autonomía para el gasto de estas importantes sumas de dinero transferidas a los gobiernos locales no tuvo siempre un buen resultado. Se han observado casos en los que los alcaldes invirtieron en la construcción de hospitales en donde, de acuerdo con el mapa de distribución de infraestructura nacional y la densidad demográfica de las zonas, solo correspondía (y hubiera bastado) con la implementación de un centro de salud (V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 2000)

3.2.2.5 Paraguay

La reforma del sector salud en Paraguay se inicio a mediados de los 90 a través de la desconcentración de responsabilidades administrativas que se transfirieron del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social hacia las Regiones Sanitarias.

En un segundo periodo el poder central transfiere a los gobiernos municipales funciones administrativas, de supervisión y monitoreo de los establecimientos públicos de salud como hospitales distritales, centros y puestos de salud.

Los gobiernos municipales deben aportar como mínimo el 5% de su presupuesto anual para el financiamiento del Plan Local de Salud. Están encargados también de conformar el Consejo Local de Salud y de realizar una clasificación socio-económica de la población que resultará beneficiaria.

Los Consejos Locales de Salud con la finalidad de apoyar a los municipios en el cumplimiento de las nuevas funciones delegadas, son responsables de diseñar e implementar el Plan Local de Salud, además controlan los presupuestos asignados y supervisan el funcionamiento de los establecimientos. Administran los recursos propios de los establecimientos provenientes de los aranceles cobrados a los usuarios, los cuales deben ser reinvertidos con el fin de mejorar el nivel de los servicios prestados. Los recursos se utilizaron en gastos de insumos, medicamentos, mantenimiento, y contratación de cierto tipo de personal (por ejemplo, personal de seguridad, limpieza, etc).

La implementación total del Plan Local de Salud depende financieramente de los fondos otorgados por el gobierno central, de contribuciones de los municipios y de cobros por servicios

prestados por los establecimientos. Los ingresos de los centros de atención son depositados en una cuenta del municipio dedicada exclusivamente al financiamiento de actividades del sector salud.

En el 2006, se promulgó una ley a través de la que se pretende fortalecer la autonomía y facilitar el trabajo de los Consejos Locales de Salud, garantizando la gestión de los recursos que recaudan sin la necesidad de transferirlos previamente al Ministerio de Hacienda. En paralelo se establecieron mecanismos de control para asegurar la transparencia en la administración de estos fondos.

Cuadro No 12: Ley N° 3.007/06 que modifica y amplía la Ley N° 1032/96 “Que crea el Sistema Nacional de Salud”

| EL CONGRESO DE LA NACIÓN PARAGUAYA SANCIONA CON FUERZA DE LEY: |
|---|
| Artículo 1°. - Los Consejos Regionales y Locales de Salud previstos en los Artículos 23, 24, 25 y 26 de la Ley N° 1.032/96, estarán exentos del cumplimiento de las obligaciones establecidas en los incisos a) y f) del Artículo 35 de la Ley N° 1.535/99 “DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO” con relación a las donaciones que reciban, así como cualquier otro recurso propio destinado a sufragar los gastos y funcionamiento de los centros asistenciales de salud que administren en virtud de acuerdos suscritos con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y aprobados por el Consejo Nacional de Salud. |
| Artículo 2°. - Los Consejos Regionales y Locales de Salud están facultados a percibir, administrar y disponer de los recursos mencionados en el artículo anterior, debiendo preverse en el estatuto social o reglamento de cada Consejo Regional y Local de Salud, un procedimiento especial para la percepción, uso, registro y rendición de cuentas de sus ingresos y egresos, los que únicamente podrán estar destinados al funcionamiento de los mencionados centros asistenciales, a inversiones de capital en los mismos, contratación de recursos humanos y desarrollo de programas de salud pública en el municipio correspondiente. Igualmente, los estatutos o reglamentos deben prever que quienes tengan a su cargo la aprobación, revisión y el control de los gastos, cualesquiera sea el cargo que ocupen, no pueden ser integrantes de la mesa directiva, ni funcionarios o empleados dependientes de los Consejos Regionales y Locales de Salud. |
| Artículo 3°. - El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social supervisará la utilización de estos recursos por parte de los Consejos Regionales y Locales de Salud, sin perjuicio de los controles internos, así como el examen, revisión o auditoría por parte de cualquier organismo constitucional del Estado. |
| Artículo 4°. - Los Consejos Regionales y Locales quedan autorizados a habilitar una cuenta corriente y/o cajas de ahorro en las instituciones financieras de intermediación supervisadas por la Superintendencia de Bancos y/o el Instituto Nacional de Cooperativismo (INCOOP). |
| Artículo 5°. - Comuníquese al Poder Ejecutivo. |
| Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a un día del mes de junio del año dos mil seis, y por la Honorable Cámara de Senadores, a treinta y un días del mes de agosto del año dos mil seis, quedando sancionado el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 206 de la Constitución Nacional. |

Fuente: Congreso Nacional, Honorable Cámara de Diputados, Paraguay

Cuadro No 13: Resumen – Financiamiento y Gasto

| Financiamiento y Gasto | |
|-------------------------------|---|
| Brasil | <p>Durante los primeros años, la mayoría de las transferencias generales, producto de la coparticipación de impuestos, fueron desde el gobierno central hacia a los estados.</p> <p>A partir de los 90, los municipios pasaron a ser los principales beneficiarios.</p> |
| Argentina | <p>El gobierno central transfiere recursos de manera automática a los gobiernos subnacionales provenientes del "pacto fiscal".</p> <p>Los gobiernos subnacionales pueden disponer de manera autónoma de los recursos presupuestarios recibidos.</p> <p>Los hospitales provinciales, Hospitales de Autogestión, son autónomos en cuanto a la producción y administración de sus propios recursos.</p> |
| Bolivia | <p>El gobierno central realiza transferencias generales automáticas a los municipios en base a una regla per cápita que distribuye el 20% de la recaudación nacional (excluyendo el Impuesto Especial a los Hidrocarburos).</p> <p>Los municipios pueden crear nuevos impuestos o fuentes de ingreso para incrementar su capacidad fiscal.</p> <p>Desde 1996 los recursos destinados a las municipalidades tienen una directiva de asignación presupuestaria: 85% debe destinarse a la inversión de responsabilidad y solo 15% es de libre disposición en forma de gasto corriente.</p> |
| Colombia | <p>El gobierno central transfirió recursos financieros a los niveles subnacionales mediante la cesión de recursos fiscales que llegaron a significar casi el 50% de lo recaudado por concepto del impuesto al valor agregado (equivalente al 18% de los ingresos corrientes de la nación)</p> <p>Las transferencias a los departamentos y municipios para financiar los sectores sociales tuvieron directivas de asignación: el 25% para salud y el 75% para educación.</p> |
| Paraguay | <p>El gobierno central realiza transferencias a los gobiernos subnacionales según los gastos ejecutados en años anteriores, previendo así los gastos para el futuro.</p> <p>Los gobiernos municipales deben aportar como mínimo el 5% de su presupuesto anual para el financiamiento del Plan Local de Salud.</p> <p>Los ingresos de los establecimientos de salud se deben reinvertir localmente según las instancias administrativas convenidas a fin de ser destinadas a actividades comprendidas en el Plan Local de Salud.</p> |

3.2.3 Participación Ciudadana

Una importante contribución esperada de la descentralización es la formación y fortalecimiento de canales de participación ciudadana. Esta participación debe ayudar a construir sistemas de gestión pública que apunten a una mayor equidad. Existen múltiples experiencias en este campo sin embargo, los avances han sido dispares y solo algunas de éstas han demostrado ser eficaces.

Por otro lado, la escasez de recursos disponibles para la administración puede estar funcionando como un factor de desmotivación para la ciudadanía, ¿por qué involucrarse y dedicar tiempo a la administración de bienes y servicios de tan baja calidad? Por último, los espacios y acuerdos de concertación en sociedades pobres tienden a sucumbir frente a las necesidades cotidianas de supervivencia de los llamados a generarlos.

En países como los nuestros en donde la pobreza ha generado una enorme desigualdad de activos, se han generado también desigualdades en las posibilidades de acceso a información y por lo tanto de desigualdades en términos de capacidades para comprender al Estado y cuestionarlo.

3.2.3.1 Panamá

Entre el año 2000 y el 2003 se implementó en Panamá una experiencia piloto que buscó ampliar la cobertura de salud a los sectores rurales y urbano marginales, mediante el Paquete de Atención Integral de servicios de salud – PAISS, el cual es provisto por Organizaciones Extraintitucionales (OE) ²⁵ Las OE son contratadas por el gobierno de Panamá a través del Ministerio de Salud y su función es proveer, como su nombre lo indica, atención primaria, preventiva promocional. Má señala que “para maximizar el impacto de los escasos recursos se prioriza los servicios, a través del PAISS, conjunto de intervenciones de atención primaria altamente costo-efectivas que serán entregadas bajo dos modalidades. La primera a través de contratos a Organizaciones Extraintitucionales (...). La segunda modalidad será a través del personal del MINSA de las regiones con el establecimiento del Fondo para Giras Integrales (FOGI).” Lo interesante de la experiencia panameña, es que estos servicios están sujetos a la auditoría social y que los resultados de ésta afectan directamente los recursos que se entregan a cada OE. (Má, 2004)

Cecilia Má, en un estudio de caso elaborado para el Banco Interamericano de Desarrollo, reconstruye el marco conceptual que soporta la experiencia de creación de este esquema, desarrollando en forma de preguntas a ser respondidas en cada una de las etapas, las bases de un esquema de auditoría social.

Resalta de la experiencia de Panamá que para establecer los servicios de salud primaria más aceptables para la población indígena beneficiaria, mediante entrevistas realizadas a líderes comunales se siguieron los siguientes pasos: i) entrevistas en las que se les informaba de cada actividad prevista en el PAISS, incluso describiéndolas de ser necesario, y ii) recojo de información sobre enfermedades frecuentes, fechas de fiestas y costumbres para incluirlo en la organización de los servicios. A los líderes comunales se les entrevistó en sus lugares de residencia y en su idioma. Uno de los principales aportes y solicitudes de estas entrevistas fue: “que los proveedores del PAISS busquen contactos previos con las autoridades tradicionales para que ellos les comuniquen a la población en general y se sepa que es algo autorizado por ellos”, que refleja la necesidad de recoger e integrar a la organización del servicios las estructuras de poder local

Cuadro No 14: Participación Social en el diseño, implementación y evaluación de servicios sociales

| Etapa de diseño | Etapa de implementación | Etapa de evaluación | |
|---|--|--|--|
| Selección y diseño del mecanismo de participación en el diseño de los servicios | Selección y diseño del mecanismo para la implementación de los servicios | Selección y diseño del mecanismo de evaluación de los servicios | Para la incorporación de los resultados de la evaluación a la estructura de incentivos del proveedor |
| ¿Qué?: servicio social se va a brindar | ¿Qué rol desarrollará la comunidad y sus líderes en la implementación? | ¿Qué rol de la comunidad y sus líderes han realizado en evaluación de servicios sociales. | ¿Cómo se relacionan los resultados de la evaluación de la comunidad al mecanismo de incentivos de los proveedores |
| ¿Cuáles son los beneficios o actividades a entregar? | ¿Qué responsabilidades, derechos y deberes tendrá la comunidad? | ¿Qué interés tiene la comunidad y sus líderes para evaluar los servicios o políticas sociales? | ¿Cómo seguir promoviendo la participación de la comunidad si no relacionamos los resultados de la evaluación con cambios en la |

²⁵ Instituciones como universidades, clubes cívicos, organizaciones no gubernamentales, empresas privadas, fundaciones no lucrativas, y otras.

| | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| ¿Cómo?: la estrategia de provisión | ¿Cómo realizará las tareas designadas? Definir los mecanismos e participación de la comunidad, mecanismos de elección de los representantes de la comunidad | ¿Qué instrumentos pueden medir la calidad (percibida por el usuario) de servicios que ha recibido la población beneficiaria? | provisión de servicios sociales? |
| ¿Para quiénes?: los criterios de selección o perfil de los beneficiarios de los servicios | ¿En qué temas o situaciones se van a tomar decisiones conjuntas? | ¿Qué herramientas podemos incorporar para obtener sugerencias de la comunidad para mejorar la política o servicio social?, | |
| La participación social en el diseño facilita el conocimiento y percepción de la viabilidad política y aceptación social de la política o servicio propuesto | ¿Qué hacer ante situaciones no previstas? | ¿Cómo realizarlo? mecanismos e instrumentos para evaluar la política o servicio social | |
| Considerar siempre que particularidades culturales de la sociedad civil o de los beneficiarios favorecen o impiden la política o servicio social | | | |

Fuente: Auditoría social en salud – La experiencia de Panamá. Página 6. Cecilia Má, Panamá 2004

Por otro lado, se “decidió la incorporación de la opinión de los beneficiarios en dos dimensiones: i) el mecanismo de evaluación de la comunidad beneficiaria a través de auditoría social; y, ii) que el resultado de la auditoría social se relacione directamente con una fracción del pago a las OE contratadas”.

La auditoría es realizada por los GOSCI que son organizaciones comunitarias que funcionan en las comunidades beneficiarias del PAISS y están compuestas de forma diversa en cada uno, según las organizaciones que existen (clubes de padres de familia de la escuela, asociaciones religiosas, organizaciones de artesanos, de desarrollo agrícola, etc.). Los GOSCI nombran representantes que son capacitados para aplicar una encuesta/entrevista que mide con criterios objetivos la calidad de la atención que recibe su comunidad (perspectiva del usuario) y la frecuencia de visitas del equipo de salud que provee el PAISS.

Posteriormente los auditores sociales son convocados para elaborar el “Informe final de la comisión de auditoría social del grupo poblacional”. Los informes se suman y del resultado de este informe conjunto se resuelve si se paga el 5% del valor anual del contrato a la OE. “En esta reunión final están presentes los representantes locales y regionales del MINSA, también representantes de la OE contratada para ese grupo poblacional. Luego de los informes orales de cada auditor y de los comentarios y sugerencias, se desarrolla un plan de acción participativo (comunidad, OE y autoridades del MINSA) que permite la corrección o mejoramiento de las actividades de provisión del PAISS”.

3.2.3.2 Bolivia

En Bolivia y pese a haber tenido una descentralización con orígenes en la demanda popular (Ley de la Participación Popular) la participación social no presenta el desarrollo esperado, aún cuando se previeron amplios espacios para propiciarla y en teoría, la comunidad organizada (juntas vecinales, comunidades campesinas, etc) debería participar en el modelo de gestión compartida.

La sociedad civil puede y debe participar en la identificación de necesidades de salud y en la formulación de planes locales. Los ciudadanos tienen la facultad de vigilar las actividades realizadas por las autoridades en salud, pueden así monitorear el uso de los recursos económicos municipales, verificando que éstos se inviertan en forma correcta, propiciando la equidad. Por otro lado, tienen también la potestad de proponer cambios de autoridades cuando identifican un mal manejo.

Sin embargo, los organismos participativos no están cumpliendo estas funciones pues la reglamentación y normatividad de los mismos es todavía incipiente.

Se han esbozado algunas hipótesis para explicar el aparente desinterés de la población en torno a la administración compartida de un servicio tan importante como el de salud y se ha encontrado que las personas llamadas a ejercer estos cargos no recibieron la información suficiente. Además se pudo comprobar que las demandas de la población boliviana no apuntaban a beneficios en salud sino en otros fines más concretos como mejoras económicas.

3.2.3.3 Chile

En Chile se ha conseguido el objetivo de crear espacios de participación y control social. Los mecanismos utilizados consistieron en la creación de instancias de discusión acerca de las problemáticas en salud. Estas instancias no están legalmente formalizadas ni cuentan con recursos financieros asignados para su funcionamiento sin embargo, han conseguido logros importantes.

Los Consejos de Desarrollo conformados por individuos de las comunidades, trabajadores de los establecimientos y de las municipalidades se reúnen con frecuencia para coordinar y evaluar acciones conjuntas en salud. Del mismo modo, existen espacios regionales en donde organizaciones ciudadanas discuten, priorizan y concertan aspectos sanitarios.

Cabe mencionar en este caso que el grado de información y sensibilización de la población chilena previos a la toma de estas medidas jugó un rol central en su éxito.

No solo el Ministerio de Salud tuvo el deber de desarrollar experiencias de participación y articulación social pues los Departamentos de Salud Municipal tuvieron también un importante aporte. Los proyectos son normalmente presentados por iniciativa de organizaciones como los equipos de salud local conformados por miembros de grupos de adultos mayores, grupos de mujeres, comités de salud, grupos de monitores, grupos de autocuidado, etc. Se ha podido constatar que la mayoría de participantes son mujeres. Usualmente un equipo técnico municipal es quien diseña los proyectos, perfilando el diagnóstico según las políticas del sector salud y las prioridades nacionales. En el caso de la evaluación de resultados no se ha logrado integrar a la comunidad en el proceso, el interés de los involucrados (ejecutores y destinatarios) por evaluar de manera participativa es muy pobre. El siguiente cuadro muestra algunos ejemplos de proyectos participativos municipales en cuatro comunidades chilenas.

Cuadro No 15: Proyectos participativos municipales en Chile

| COMUNA - PROYECTO | EN QUÉ SE PARTICIPA? | CÓMO SE PARTICIPA? |
|---|---|--|
| Quillota (1995) "Educación Sanitaria de la Comunidad" | <ul style="list-style-type: none"> - Lograr autonomía en los consultorios en la ejecución de proyectos según realidad local. -Capacitación de monitores - Mejores condiciones de saneamiento ambiental | <ul style="list-style-type: none"> - En una reunión en el consultorio con participación de la comunidad se determina el diagnóstico. - Los monitores ayudan al equipo de salud que hace el trabajo educativo - Receptores de mensajes de charlas |
| El Bosque (1993) "Prevención de IRA en menores" (1995)"Prevención de Consumo de Alcohol y Drogas" | <ul style="list-style-type: none"> - Prevención y detección precoz IRA - Prevención de consumo de alcohol y drogas en jóvenes | <ul style="list-style-type: none"> - Diversas organizaciones participan en el diagnóstico. - El diseño, ejecución y evaluación es de responsabilidad compartida entre grupos de salud y el consultorio - La administración de los recursos es responsabilidad de un grupo de salud. |
| San Joaquín (1994-1995) "Difusión del PAP" | <ul style="list-style-type: none"> - Prevención y capacitación a difusoras | <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación de difusoras que luego ejecutan campañas de difusión en organizaciones de mujeres, escuelas y ferias. |
| Santiago (1995) "Programa de prevención de consumo de alcohol y drogas" | <ul style="list-style-type: none"> - Cambio de conducta de jóvenes, de comunidad y de opinión pública, vía programas terapéuticos y campañas de comunicación y difusión. - Compromiso activo de la Comunidad | <ul style="list-style-type: none"> - Receptores de la ejecución de campañas de capacitación, difusión y comunicación, receptores de programas terapéuticos. - Participación de organizaciones sociales en el diagnóstico - Participación intersectorial en campañas, educativas y terapéuticas. |

Tomado de "Participación Y Gestión En Salud" Página 44. Carmen Celedón, Marcela Noé.

Por último, resulta interesante mencionar en este contexto, que en junio del 2001 se presentó un proyecto de ley para establecer los derechos y deberes del paciente. En la actualidad todavía no ha sido aceptado y se encuentra en controversia porque se pasó de discutir aspectos como el derecho a la información o a la calidad de atención a temas como la eutanasia. Finalmente, esto puede interpretarse como un indicador del nivel de conocimiento e interiorización de los conceptos de salud que maneja la ciudadanía en Chile.

3.2.3.4 Ecuador

La modernización del Estado en Ecuador presenta como uno de los requisitos básicos para su implantación, la participación social y comunitaria recociendo todas las formas de organización barriales, comunitarias, indígenas, etc.

En el ámbito de la salud se hicieron acuerdos para propiciar la participación de la comunidad en la gestión de los servicios y asegurar que las personas con mayores necesidades fueran alcanzadas por la atención. De esta manera, se formaron diversos comités locales de salud, como por ejemplo los comités de usuarias para vigilancia del cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

Los Comités de Participación y Control de Gestión fueron creados con la finalidad de delegar a la población la función de vigilancia.

Sin embargo, los resultados de la participación ciudadana en la gerencia de los servicios de salud no han sido siempre provechosos. Existen dificultades de tipo organizacional que impidieron su buen desarrollo. Por ejemplo, en un cantón de la sierra central ecuatoriana se pudo constatar que la participación ciudadana estaba concentrada en una "élite" de dirigentes, los que además tenían un índice muy bajo de rotación y acaparaban el liderazgo de diversas organizaciones (Bebbington, 2005). Si bien se abrieron espacios públicos de concertación local, eran siempre las mismas personas quienes tenían acceso a un diálogo con el Estado, un grupo reducido que puede cambiar el destino de toda una población.

Cuadro No 16: Resumen – Participación Ciudadana

| | Participación Ciudadana |
|---------|---|
| Panamá | <p>Se realizaron entrevistas a líderes comunitarios para informarlos de las actividades a realizar y recoger datos relevantes para la prestación de los servicios como enfermedades frecuentes o fechas de fiestas y costumbres.</p> <p>Se diseñó un sistema de auditoría social mediante el cual los beneficiarios evalúan la prestación de los servicios de salud. Los resultados de esta evaluación se relacionan directamente con una fracción del pago a las Organizaciones extrainstitucionales contratadas.</p> |
| Bolivia | <p>La descentralización planteó desde sus orígenes la gestión compartida. ("Ley de Participación Popular")</p> <p>Según leyes nacionales, los ciudadanos deben participar en los diagnósticos de salud y en la formulación de planes locales.</p> <p>La población monitorea el uso de los recursos económicos municipales, verificando que éstos se inviertan en forma correcta, propiciando la equidad.</p> <p>Los comités de vigilancia pueden proponer y hasta exigir cambio cuando han identificado malos manejos.</p> |
| Chile | <p>Los Consejos de Desarrollo conformados por individuos de las comunidades, trabajadores de los establecimientos y de las municipalidades representan espacios de discusión acerca de las problemáticas en salud. Estos consejos se reúnen con frecuencia para coordinar y evaluar acciones conjuntas en salud.</p> <p>Se ha registrado la formación de otras organizaciones ciudadanas a nivel regional que discuten, priorizan y concertan aspectos sanitarios.</p> <p>El nivel de participación en la evaluación o auditoría de las actividades en salud es aún incipiente.</p> |
| Ecuador | <p>La modernización del Estado en Ecuador presenta como uno de los requisitos básicos para su implantación, la participación social y comunitaria reconociendo todas las formas de organización barriales, comunitarias, indígenas, etc.</p> <p>Los Comités de Participación y Control de Gestión fueron creados con la finalidad de delegar a la población la función de vigilancia.</p> |

3.2.4 Coordinación entre niveles de gobierno

Uno de los mayores desafíos para el éxito de la gestión descentralizada consiste en conseguir que, para cada nivel de gobierno involucrado en el proceso, se logren definir claramente las responsabilidades operativas y de gestión que le competen.

Por otro lado resulta igual de importante que las entidades participantes consigan y mantengan un alto nivel de articulación. Esta no es una tarea fácil si se considera que se deben coordinar decisiones y acciones de múltiples agentes que pasaron a ser interdependientes pero a su vez relativamente autónomos. Además, se debe evitar que la entidad que los "agrupa" pretenda ejercer en la práctica su tradicional modalidad jerárquica y vertical (Díaz de Landa, 1999).

Existe una tendencia a la fragmentación promovida por la autonomía conseguida a través del libre ejercicio de las funciones transferidas. Esta ruptura alcanza una trascendencia mayor cuando las responsabilidades delegadas pertenecen a un sistema interdependiente como el del servicio de salud. El impacto de la gestión conseguida por las partes puede ser vano y perderse pues no logra potenciarse con otros estrechamente relacionados.

Por otro lado, es importante señalar que se ha establecido un alto nivel de competitividad por el acceso a los recursos "repartidos", en modalidades de cesiones concursables. Existen montos limitados y numerosas organizaciones que luchan por conseguirlos. Se sabe incluso de muchos municipios que se presentan como posibles destinatarios de cualquier tipo de financiamiento a pesar de no tener ningún plan relacionado con las responsabilidades que devienen de recibir esos fondos. Estas condiciones han generado un ambiente denso en el que las relaciones entre las entidades que deberían coordinar y realizar trabajos articulados se han vuelto conflictivas.

3.2.4.1 Brasil

En un país tan heterogéneo como Brasil, funcionando políticamente bajo un modelo federativo, se hace imprescindible la articulación entre los diversos niveles de gobierno para garantizar el acceso igualitario de la población a los servicios de salud con la misma calidad y eficiencia (Rehem de Souza, 2002).

En el contexto de la descentralización brasilera de los servicios de salud se dictó en 1993 una norma operativa mediante la cual se crearon las "Comisiones de intergestores". Estas instancias estaban integradas por gestores estatales, municipales y por representantes del Gobierno federal, los cuales debían funcionar como espacios efectivos de negociación y decisión entre estos niveles gubernamentales (Arretche y Márquez, 2001).

Cuadro No 17: Las funciones gestoras en salud, definición y tipología

Las funciones gestoras pueden ser definidas como un conjunto articulado de conocimientos y prácticas de gestión necesarios para la implementación de políticas sanitarias, ejercidas de forma coherente con los principios del sistema público de salud y de gestión pública.

Didácticamente, se identifican cuatro grandes grupos de funciones o "macro-funciones" gestoras dentro de la salud:

Formulación de políticas/ planificación;

Financiamiento;

Coordinación, regulación, control y evaluación

prestación directa de servicios de salud.

Cada una de estas macro-funciones incluye, a su vez, en una serie de subfunciones y de atribuciones de los gestores en el campo de la salud. Por ejemplo, dentro de la macrofunción de formulación de políticas /planificación están incluidas las actividades de diagnóstico de necesidades de la sanidad, identificación de prioridades y programación de acciones, entre otras.

Definir el papel y las atribuciones de los gestores significa identificar las especificidades de la actuación de cada esfera, en lo que se refiere a cada una de estas macro-funciones gestoras, de forma coherente, con la finalidad de la actuación del Estado en cada esfera gubernamental, con los principios y objetivos estratégicos de la política de la salud y para cada campo de atención en la salud (promoción de la salud, articulación intersectorial, vigilancia sanitaria, vigilancia epidemiológica, salud del trabajador, asistencia a la salud, entre otros).

Fuente: Auditoría social en salud – La experiencia de Panamá. Página 6. Cecilia Má, Panamá 2004

Los tres niveles de gobierno anteriormente mencionados están comprometidos en el cofinanciamiento del Sistema Único de Sanidad (SUS), por lo que comparten la responsabilidad de los éxitos y fracasos del programa. Los conflictos comienzan cuando los diferentes niveles gubernamentales luchan por atribuirse los logros y desentenderse de los fracasos.

En 1996 se dictó una nueva norma operativa, la NOB SUS – 01/96, con el objetivo de clarificar el rol de cada uno de los gestores en los tres niveles de gobierno e inducir divisiones de responsabilidades que faciliten la organización del SUS. El nivel municipal se haría cargo del control, la evaluación y la auditoría de los prestadores de servicios de salud (estatales o privados) situados en su jurisdicción, mientras que los estados debían centrarse en el seguimiento de las relaciones entre los sistemas municipales (Rehem de Souza, 2002).

Las negociaciones para definir y aceptar las responsabilidades diferenciadas de gestión no siempre se ciñeron a lo impulsado desde el gobierno central y sus normas operativas. Se vio necesario, para poder continuar con el proceso de descentralización, atribuir a las Comisiones Intergestoras de los estados la posibilidad de, excepcionalmente, designar responsabilidades distintas a las establecidas para estos gestores.

Esta situación provocó un problema pues se generaron variados acuerdos de gestión en los estados brasileños, creando un ambiente desordenado en el que no es posible determinar un "mando único sobre el sistema" (Rehem de Souza, 2002).

El "órgano máximo de deliberación y consulta del SUS" es el Consejo Nacional de Salud en donde están representados los tres niveles de gobierno involucrados en la gestión de la salud, además de la representación de los usuarios y proveedores privados. Este consejo es usualmente presidido por el Ministro de Salud.

En la práctica, la relación entre estas tres instancias gubernamentales no se dio de manera apacible, sino que fue marcada por conflictos entre los gestores de los diversos niveles, quienes se disputaban el protagonismo y el poder de influir en el rumbo de la descentralización. En este sentido la voluntad política de los miembros podía adelantar o retrasar la descentralización.

Cuadro No 18: Las funciones gestoras y las atribuciones de cada nivel de gobierno en el Sistema Único de Salud (según NOB SUS – 01/96)

| MINISTERIO DE LA SALUD | SECRETARÍAS DE ESTADO DE SALUD | SECRETARÍAS MUNICIPALES DE SALUD |
|---|---|--|
| I. Elaborar la Planificación Nacional en el ámbito del SUS, en cooperación técnica con los Estados, Municipios y Distrito Federal | I. Articulación y consolidación del Plan Director de Regionalización, Programación Pactada Integrada y Plan Director de Inversiones | I. Analizar las necesidades de servicios |
| II. Con relación a regionalizar la asistencia, el MS es responsable por: | II. Implantación y gestión de regulación en el ámbito estadual y por la gestión de las | II. Realizar la planificación y la programación operativa de los servicios de salud en su territorio (propios, otros públicos y contratados) |
| | | III. Ejecutar acciones de control y |

| | | |
|--|--|--|
| <p>• Definir las normas e instrumentos técnicos de implementación de la Norma Operativa de Asistencia a la Salud (NOAS) (inclusive los que regulan las relaciones entre el Sistema Único de Salud y los servicios privados contratados de asistencia a la salud)</p> <p>• Prestar cooperación financiera a los Estados para la elaboración de los instrumentos de planificación (PDR, PPI, PDI) y para la implementación de sistemas de acompañamiento y control del sistema estadual (regulación)</p> <p>• Prestar cooperación técnica y financiera a los Estados, DF y Municipios para el perfeccionamiento de su actuación institucional</p> <p>• Administrar el sistema de referencias inter.-estaduales</p> <p>• Acompañar, controlar y evaluar las acciones y los servicios de salud, respetadas las competencias estaduais y municipales</p> <p>III. Definir, regular, coordinar y ofrecer cooperación técnica de forma nacional, para los siguientes sistemas:</p> <p>a) Sistema Nacional de Sangre, Componentes y Derivados</p> <p>b) Sistema de Laboratorios de Salud Pública</p> <p>c) Redes integradas de asistencia de alta complejidad</p> <p>IV. Realizar inversiones dirigidas a la reducción de las desigualdades/ iniquidades en el territorio nacional.</p> <p>V. Ejercer el papel de gerente y ejecutor de servicios en carácter de excepción y/o provisional, en el caso de unidades complejas de referencia nacional que aún no hayan sido transferidas a estados o municipios.</p> | <p>centrales de regulación</p> <p>III. Gestión y acompañamiento del sistema de referencias intermunicipales</p> <p>IV. Coordinación de la red pública de alta complejidad</p> <p>V. Coordinación de las redes estaduais de hemocentros y de laboratorios de Salud Pública</p> <p>VI. Relaciones con el MS para hacer posible la asistencia de alta complejidad que no esté disponible en el estado</p> | <p>evaluación de los servicios públicos y contratados</p> <p>IV. Contratar los servicios privados, con base en lo dispuesto por el Gobierno federal, cuando el sector público sea insuficiente para satisfacer las necesidades de servicios</p> <p>V. Gerencia y ejecución de los servicios públicos de salud, para el atendimento a la propia población y para aquella mencionada en el sistema municipal con base en acuerdos específicos definidos en el PDR e PPI.</p> <p>VI. Al ser el nivel más próximo al ciudadano, el nivel municipal es también responsable por las acciones de orientación al usuario sobre el acceso y el uso de los servicios</p> <p>VII. Realizar inversiones dirigidas a la reducción de las desigualdades /iniquidades en el territorio municipal</p> <p>VIII. Participar de la planificación regional / estadual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contribuyendo con la elaboración del Plan Director de Regionalismo, PPI y Plan de Inversiones; • recibiendo informaciones sobre los servicios realizados para la población del propio municipio por otros servicios localizados fuera del territorio municipal, conforme el diseño regional de la red. <p>IX. Participar de la formulación de las políticas de salud estaduais y nacionales a través de la presencia de representantes municipales en la CIB (Comisión Inter-gestores Bipartita) y CIT (Comisión Inter-gestores Tripartita).</p> |
|--|--|--|

Tomado de "El sistema público de salud brasileño" Páginas 40 – 41. Renilson Rehem de Souza, Brasil, 2002.

3.2.4.2 Paraguay

La transferencia de funciones sanitarias a los municipios paraguayos estuvo precedida por la voluntad de los mismos para asumir la responsabilidad de administrar los establecimientos de salud, sujeta a la existencia de un Consejo Local de Salud en funciones.

Los representantes de los niveles central y municipal pasan por un proceso de negociación que tiene como resultado final la formalización de un acuerdo mediante un documento llamado "Acuerdo Contractual de Compromiso para la Descentralización Administrativa Local en Salud". Este convenio es firmado por representantes del gobierno central (entre los que se encuentra el

Ministro de Salud), el Intendente del municipio, otras autoridades locales y regionales, y los directivos de los principales establecimientos públicos de salud del municipio.

En este acuerdo se indican las obligaciones de los actores involucrados: el Ministerio, el Municipio y el Consejo Local de Salud.

En este escenario el Ministerio debe cumplir con la transferencia temporal de los centros de atención (infraestructura y equipamiento) así como con la dotación de los respectivos recursos para su operación. La gestión de los recursos humanos y el pago de los salarios quedan también a su cargo. Por otro lado deben proveer a los entes descentralizados del apoyo técnico necesario para afrontar el proceso.

Las funciones transferidas consideran la administración, supervisión y control de los establecimientos públicos que prestan servicios básicos de salud (hospitales distritales, los centros de salud y los puestos de salud).

El gobierno municipal, delega la administración de los establecimientos al Consejo Local de Salud (CLS), con quien debe posteriormente diseñar y ejecutar el Plan Local de Salud.

El CLS, debe a su vez garantizar el cumplimiento de las normas de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades, impulsar métodos y sistemas de información para el mejoramiento de la utilización de los recursos y productividad de los servicios, administrar los recursos financieros y económicos provenientes de las distintas fuentes, monitorear el cumplimiento del Plan Local de Salud y establecer un sistema de aranceles de los servicios a ser prestados en los establecimientos que fueron transferidos (Angeles et al., 1999).

Cuadro No 19: Extracto de "Acuerdo de Descentralización de la Salud en el Departamento de Canindeyú"

| |
|---|
| <p>Entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Municipalidad de Salto del Guairá y el Consejo Local de Salud de Salto del Guairá para la Descentralización de la Salud en el Distrito de Salto del Guairá, con el aval de Gobernación de Canindeyú y el Consejo Regional de Salud.</p> <p>.....</p> <p>En el marco del Proyecto para la Descentralización de la Salud en el Departamento de Canindeyú, se celebra el presente Acuerdo de Cooperación para la prestación de Servicios de Salud entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Consejo Nacional de Salud por una parte, la Municipalidad de Salto del Guairá y el Consejo Local de Salud de Salto del Guairá por el otro, con el aval de la Gobernación de Canindeyú y el Consejo Regional de Salud, el cual estará regido por las siguientes cláusulas:</p> |
| <p>Primera: El Consejo Local de Salud de Salto del Guairá con el aval del Consejo Regional de Salud de Canindeyú, asume la transferencia técnica y administrativa de responsabilidades y recursos del sector de parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, comprometiéndose a asegurar la prestación de Servicios Básicos de Salud que ofrece el Hospital Regional, así como los servicios que forman parte de su Plan Local de Salud, elaborado con la participación de representantes de la comunidad organizada, en el cual se incluyen indefectiblemente las políticas y programas nacionales determinados por el Ministerio y que son reconocidas como prioritarios por este Consejo.</p> <p>Segunda El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, conservando sus derechos, y con la debida fiscalización de la XIV Región Sanitaria, pone a disposición del Consejo Local de Salud de Salto del Guairá la infraestructura física y los recursos humanos del Hospital Regional y le transfiere responsabilidades técnicas y administrativas sobre la utilización de los recursos para los fines de su Plan Local de Salud.</p> <p>Tercera: El Hospital Regional de Salto del Guairá queda autorizado a declarar la gratuidad a los servicios ofrecidos, incluidos en el Plan Local de Salud.</p> <p>Cuarta: El Consejo Local de Salud de Salto del Guairá podrá recibir donaciones y aportes de los usuarios de los servicios de salud y otros, el cual deberá destinarse el 70% a solventar los gastos de funcionamiento del Hospital Regional de Salto del Guairá y sus Puestos de Salud, y los otros gastos operativos que se generen en el cumplimiento de los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.</p> |

Quinta: El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la XIV Región Sanitaria -Canindeyú, asegurará al Hospital Regional la provisión de los insumos básicos utilizados en los programas nacionales del mismo Ministerio como ser, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de SIDA, TBC y Lepra.

Sexta: La Municipalidad de Salto del Guairá aportará anualmente el equivalente en efectivo al 5% (cinco por ciento) de sus ingresos corrientes fijados en el Presupuesto Municipal, dividido en doce cuotas mensuales, suma que será administrada localmente por el Consejo, sujeto al control de la Municipalidad, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Consejo Nacional de Salud, la Gobernación de Canindeyú y el Consejo Regional de Salud.

Séptima: La Gobernación de Canindeyú, a través de la coordinación del Consejo Regional de Salud de Canindeyú, se compromete a aportar un monto según disponibilidad de Recurso Presupuestario.

Octava: El Consejo Local de Salud de Salto del Guairá se compromete a transferir el 30% de las donaciones recibidas por servicios prestados a la XIV Región Sanitaria.

Novena: Los insumos hospitalarios de limpieza, medicamentos, combustibles y otros elementos que hagan el funcionamiento del Hospital Regional y Puestos de Salud dependientes, deberán ser solventados por el Consejo Local de Salud.

Décima: El Consejo Local de Salud de Salto del Guairá podrá arbitrar las medidas necesarias para proveer aquellos servicios que no son ofrecidos actualmente por el Hospital Regional, articulando acuerdos con el sector privado u otros organismos pertinentes. En ningún caso, los aranceles de estos servicios podrán ser superiores a los establecidos por el Ministerio. Los ingresos generados por la prestación de estos servicios serán destinados en su totalidad para los gastos de funcionamiento, incluyendo el mantenimiento del Hospital Regional, así como sus programas y servicios.

Décimoprimer: El Consejo Regional de Salud monitoreará, controlará y evaluará regularmente, y como mínimo trimestralmente el correcto cumplimiento, tanto de los servicios, programas y metas del Plan Local de Salud, la correcta administración de los bienes y aportes que el Consejo Local reciba, así como el adecuado funcionamiento de los servicios brindados articuladamente con otras instituciones. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Consejo Nacional de Salud, a través del Consejo Regional de Salud y la XIV Región Sanitaria, tendrán acceso a toda información requerida sobre los aspectos arriba mencionados.

Décimosegunda: Se considerarán resultados insuficientes si las coberturas sanitarias no llegan al 90% de las metas proyectadas por el Nivel Nacional (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social), Nivel Departamental (Consejo Regional de Salud) y Nivel Local (Consejo Local de Salud) para ese periodo de tiempo.

Décimotercera: Este Acuerdo tendrá vigencia por el término de 3 (tres) años, prorrogable de común acuerdo entre las partes mediante documento escrito. Anualmente el mismo será evaluado por representantes de todas las partes suscribientes y podrá ser sometido a las modificaciones y/o ampliaciones que se consideren oportunas, las cuales serán agregadas a este Acuerdo, y formarán parte integrante del mismo, documentándose en anexos numerados. Asimismo, podrá ser rescindido antes de finalizar el periodo de vigencia, de común acuerdo o por iniciativa de una de las partes, en cuyo caso las otras partes deberán ser notificadas por escrito con 30 (treinta) días de anticipación.

Tomado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, 2007

3.3 Evaluación del Proceso de Descentralización de la Salud

Realizar una evaluación de los procesos de descentralización de los sistemas de salud emprendidos por los diferentes países de América Latina ha resultado ser en la práctica una tarea bastante compleja.

En el campo se presentaron nuevas dificultades para evaluar los procesos. No se habían construido líneas base, por lo que las comparaciones pre-descentralización y post-descentralización no fueron posibles.

Por otro lado cuando investigadores interesados en la descentralización de los sistemas de salud, buscaron datos que pudieran darles un indicio de las condiciones previas a la reforma se encontraron con un vacío de información. Los gobiernos locales carecieron muchas veces de sistemas de registro por lo que no se encontraron datos confiables.

El paso del tiempo constituye un obstáculo para los objetivos de evaluación. Mientras más tiempo tiene de instaurado un proceso más difusos se hacen también los impactos que puede

haber provocado en la realidad. Por otro lado, se corre el riesgo de introducir sesgos de medición al considerar variables extrañas.

Los resultados presentados por diversos autores muestran que la reforma descentralizadora del sector salud en América Latina ha generado efectos positivos y negativos, siendo estos últimos los más frecuentes y saltantes.

Dentro de los estudios que han pretendido medir los efectos de la descentralización, son muy pocos los que pueden atribuir los resultados encontrados de manera exclusiva e inequívoca al proceso. La falta de evidencia, sin embargo, no implica la ausencia de efectos sino más bien la necesidad de mayores esfuerzos en el levantamiento y la evaluación de información.

Con la finalidad de evaluar los impactos de las reformas en el rendimiento general del sector salud se diseñaron, a partir de numerosas investigaciones, una serie de indicadores de resultados de calidad: equidad, efectividad, calidad de atención, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social, etc.

3.3.1 Descentralización y equidad

En general, los estudios que pretenden evaluar los resultados de la descentralización en términos de la equidad se han concentrado en observar la distribución de los aportes intergubernamentales y los efectos de éstos en una distribución más equitativa y la focalización de los recursos.

En el marco de la descentralización el gobierno central transfiere recursos financieros y a su vez transfiere también el control sobre los mismos, viendo menguada su capacidad redistributiva (priorizar la provisión de los sectores necesitados por sobre la de los sectores más ricos).

Los gobiernos en América Latina no generaron desde el nivel central mecanismos que le permitieran reducir las desigualdades pre existentes a la instalación de las reformas descentralizadoras por lo que en muchos países estas diferencias se vieron agravadas.

Por ejemplo en México y Bolivia la descentralización ha incrementado las desigualdades urbano-rurales. Las poblaciones urbanas mostraron mayores capacidades de negociación y pudieron ejercer más presión política que las rurales. (Homedes, 2002)

Frente a la exacerbación de las desigualdades territoriales, algunos países decidieron establecer "fondos de solidaridad o de compensación" que buscaban determinar la cantidad y la modalidad de transferencia correspondiente a cada instancia subnacional. La asignación de los recursos siguiendo estos criterios demandaba un proceso complejo por el cual se debían medir una serie de variables para decidir y asignar la cantidad de recursos que sería trasladada.

Por ejemplo en Colombia, se diseñó un modelo en el que las transferencias para inversión física son proporcionales a los niveles de pobreza, sin embargo en el plano de los recursos destinados al pago del personal no se usó el mismo criterio por lo que los salarios en este país alcanzaron un alto nivel de heterogeneidad. (Finot, 2001)

En Argentina como en Brasil se pudo observar notables diferencias de gasto entre territorios "ricos" y "pobres". Esto último se reflejó fuertemente en diferencias salariales entre el personal, lo que produjo una migración de los trabajadores (generalmente los más capacitados) hacia lugares en donde serían mejor pagados. (Finot, 2001)

Otro indicador importante para medir la equidad es el acceso de la población a la salud, expresado en las tasas de uso de servicios sanitarios. La descentralización promovió que municipalidades con mayores recursos pudieran realizar mayores gastos, lo que podría haber generado una utilización menos equitativa.

En Chile, por ejemplo, se encontró que la utilización de los servicios de salud aumentó a la par que el gasto y el grado de ruralidad de la municipalidad. Las municipalidades con tasas de gasto per cápita más altas, mostraron mayor utilización de servicios per cápita. Las municipalidades ubicadas en zonas más rurales tuvieron también el mayor número de intervenciones de atención primaria per cápita. (Bossert, 2000)

En Bolivia, un país con instituciones municipales débiles, se demostró que la utilización de los servicios de salud dependía de las características personales de los actores a su cargo. Los alcaldes con mayor iniciativa e innovación en la prestación de los servicios, así como un personal de salud conectado con la población se asociaron al aumento de la utilización de los mismos por la población. (Bossert, 2000)

Los sistemas de redistribución territorial han logrado aumentar la cobertura de los servicios de salud pero no alcanzan a compensar desigualdades territoriales y sociales preexistentes a las reformas.

3.3.2 Descentralización y Calidad

Estudios realizados en la región (Latinoamérica) señalan que la descentralización habría causado una disminución en términos de eficiencia. (Finot, 2001)

Las funciones descentralizadas más importantes se refieren a la provisión de infraestructura básica y servicios básicos. Los gobiernos subnacionales requieren maximizar los productos obtenidos, basados en una cantidad determinada de recursos o pueden también minimizar los costos de producción de bienes o servicios prestados.

La descentralización debía proveer a los administradores locales de las herramientas necesarias para tomar decisiones sobre el uso de los recursos permitiendo que la oferta se adecue mejor a las necesidades de la población, pero los gastos locales han crecido más que los ingresos que deberían solventarlos.

Los gobiernos descentralizados han presentado serias dificultades financieras para responder y cumplir con las expectativas derivadas de la transferencia de funciones y de sus nuevos deberes administradores. Se han visto obligados a endeudarse para cubrir las brechas entre sus gastos e ingresos.

El Banco Mundial ha considerado que este nivel de endeudamiento es desestabilizador para las economías de los países pues es el gobierno central quien asume las consecuencias de esta práctica. Este organismo ha recomendado que la capacidad de endeudamiento de las entidades descentralizadas sea restringida por medio de legislación, pero esto contravendría su ganada autonomía.

En Chile, la eficiencia estuvo ligada al nivel de ruralidad, a la tasa de inscripción en las clínicas municipales, y al grado de vulnerabilidad socio-económica. Las municipalidades con mayor población rural, efectivas en la inscripción de sus beneficiarios y con menor población considerada vulnerable fueron consideradas las más eficientes (Bossert, 2000).

En Colombia, la eficiencia fue medida en términos de la cantidad de recursos propios gastados por unidad de servicio de salud prestada: a mayor gasto por unidad, menos eficiente la municipalidad. Los hospitales públicos, sobretodo los de la capital, han tenido problemas graves de financiamiento e incluso se han tenido que cerrar.

La transparencia en la supervisión de las cuentas públicas fue pobre y muy pocas organizaciones presentaron informes contables aduciendo limitaciones en capacidades tanto de equipamiento como técnicas. Por ejemplo, en Brasil, uno de los cambios propuestos por la descentralización estuvo orientado a la implantación de sistemas de información que permitieran llevar a cabo una gestión clara en cuanto a los resultados obtenidos y a los gastos necesarios para alcanzarlos, sin embargo la gran mayoría de entidades no contaba con estos instrumentos. Incluso en la actualidad una buena parte de los hospitales públicos y privados en Brasil, carecen de estos sistemas por lo que es muy difícil acceder a datos financieros y contables sobre los costos de los principales procedimientos en salud.

Por otro lado, muchas veces los recursos asignados para la salud son utilizados por las autoridades políticas con otros fines. Por ejemplo en Bolivia, los presidentes municipales usaron destinados a la salud en la construcción de caminos. (Homedes, 2002)

3.4 Conclusiones

Los sistemas de servicios de salud en América Latina son muy heterogéneos. Los orígenes de esas diferencias son múltiples y pueden estar relacionados con la capacidad económica del país, con la asignación de fondos al sector, o con las estructuras organizativas que funcionan en su interior.

Las reformas comprendidas dentro de los procesos de descentralización de la salud están dirigidas a elevar la eficacia, eficiencia y efectividad de los Sistemas Públicos, propiciando mejoras en la administración y gerencia de los servicios.

La descentralización fue considerada en algún momento como la solución ideal para los graves problemas que presentaban los servicios sociales en los diversos países, sin embargo se ha podido comprobar que sin una serie de condiciones estructurales puede, no solo no corregir los inconvenientes, sino crearlos.

El proceso descentralizador resulta muy difícil de instalar dada la resistencia al cambio de muchos de los sectores involucrados.

Muchas de las variables que afectan a la posibilidad o el éxito de la descentralización son específicas para cada país y dependen del contexto histórico-político y cultural de la relación de poder económico entre las diferentes unidades administrativas y el nivel central, y de la capacidad de gestión y negociación de las diferentes estructuras administrativas.

Una de las condiciones básicas para el éxito de la descentralización es la clara definición de las funciones y responsabilidades que las distintas instancias de gobierno deberán asumir, así como los mecanismos de rendición de cuentas correspondientes.

Las comunidades locales deben tener acceso a la información de costos, de opciones de la prestación y de disponibilidad de recursos. Esta transparencia fomentará la participación ciudadana, asegurando la toma de decisiones informadas y la posibilidad de las comunidades de hacer escuchar sus demandas.

Anexo A: Bibliografía

- Arretche, Marta y Marques, Eduardo (2001), *"La municipalización de la Salud en Brasil: Diferencias regionales, poder de voto y estrategias del gobierno. Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano"* Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Octubre de 2001
- Arze, Francisco Javier y Martínez-Vázquez, Jorge (2003), *Descentralización en Latinoamérica desde una perspectiva de países pequeños: Bolivia, El Salvador, Ecuador y Nicaragua. Economics Department Andrew Young School of Policy Studies. Georgia State University.* Marzo 2003
- Barros, M. E., Sergio F. Piola e Solon M. Vianna (1995), *Política de Saúde no Brazil: Diagnóstico e Perspectivas. IPEA, Brasília, Brazil*
- Bebbington, Anthony (2005), *Los espacios públicos de concertación local y sus límites en un municipio indígena: Guamate, Ecuador, Escuela de Medio Ambiente y Desarrollo.* Universidad de Manchester Inglaterra, A Bebbington – www.innovacionciudadana.cl
- Blanes, José (1999), *La Descentralización en Bolivia: Avances y retos actuales. Centro Boliviano de Estudios Multidisciplinarios.* La Paz, noviembre de 1999
- Bossert, Thomas J. (2000), *La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Estudio Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia.* Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.
- Bossert, Thomas J. (2000), *Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica.* Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.
- Bossert, Thomas J. (2000), *La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia;* Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.
- Campero Núñez del Prado, José Carlos (2005), *Gestión por resultados en Bolivia: el Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Gestión Pública por Resultados (SISER);* CLAD, 2005 (<http://www.clad.org.ve>)
- CEPAL (1998), *La Descentralización de la Educación y la Salud: Un análisis comparativo de la experiencia Latinoamericana*
- Cetrángolo, Oscar (2002), *Organización de la Salud en Argentina y equidad, una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual.* Florencia Devoto 2002
- Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (2001), *Descentralización de la Salud Pública en los noventa: Una reforma a mitad de camino.* Coordinador de la investigación: Fabián Repetto, Equipo de investigación: Karina Ansolabehere, Gustavo Dufour, Carina Lupica y Fernanda Potenza, Asesor: Horacio Rodríguez Larreta. Documento 55 Octubre de 2001

- Cingolani, Mónica Susana (2001), *Las relaciones intergubernamentales central-locales e inter-locales y la gestión de servicios descentralizados. VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Buenos Aires, Argentina, 5-9 Nov. 2001
- Díaz de Landa, Martha y Cingolani, Mónica (2000), *Oportunidades y restricciones para la cooperación intermunicipal en los servicios descentralizados: el caso del sistema de salud en Córdoba, Argentina. V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 24 - 27 Oct. 2000. V CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD
- ESAN (1999), *Descentralización en Educación y Salud, Experiencias Latinoamericanas*.
- Fernández Ávila, Yajaira (2001), *La reforma del sistema de salud en el marco del proceso de descentralización: la función de compra de servicios de salud. VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Buenos Aires, Argentina, 5-9 Nov. 2001
- Ferrato dos Santos, G. (2005) *Innovaciones en el financiamiento intergubernamental para promover la equidad en el acceso a los servicios sociales: El caso de la salud y la educación en Brasil*
- Finot, I (2001) *Descentralización en América Latina: teoría y práctica Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social – ILPES*
- Gamboa Cáceres, Teresa (1998), *Condicionamientos Multilaterales a la Reforma en Salud. III Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* Madrid, España, 14 - 17 de Oct. 1998
- Giambiagi, Fabio y Ronci, Marcio (2005), *Las instituciones fiscales brasileñas: las reformas de Cardoso*; Revista de la Cepal 85, Abril 2005,
- Gómez Gómez, José Antonio (2001), *La descentralización en el campo de las políticas de salud: ¿estrategia de participación o de racionalización del gasto? El caso de la provincia de Río Negro. VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* Buenos Aires, Argentina, 5-9- Nov. 2001
- Gaceta Sanitaria (2002), *Cambios recientes en los sistemas de salud en América Latina y perspectivas de futuro*; 16(1):2-4
- Goic, Alejandro y Armas, Rodolfo (2003), *Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena*. Rev. méd. Chile, jul. 2003, vol.131, no.7, p.788-798. ISSN 0034-9887
- Hutchinson, Paul L. y Anne K. LaFond (2004) *Monitoreo y evaluación de las reformas de descentralización en los sectores de salud de los países en desarrollo*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Kolehmainen-Aitken, Riitta-Liisa y Newbrander, William (1998), *Descentralización de la administración de los programas de Salud y Planificación Familiar*. Lecciones del Proyecto FPMD.
- Measure Evaluation Technical Report Series, No. 4; *Descentralización del sector salud en el Paraguay: Estudio de evaluación del impacto en el costo, eficiencia, calidad básica, uso, y equidad de los servicios básicos de salud*, Angeles, Stewart, Gaete, Manzini, Trujillo, Fowler, Paraguay 1999
- Miranda, Ernesto (1997), *Descentralización y privatización del Sistema de Salud chileno. Estudios Públicos* N° 39

- Ministerio de Salud, Oficina de Descentralización, Simposio Internacional (2006), *"Descentralización de la Función Salud al Nivel Local"*. 17, 18 Y 19 de Octubre de 2006
- Molina M. Gloria (2005), *Relaciones intergubernamentales y descentralización en salud: Colombia 2005. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005
- Palma, E. y Rufian, D. (1989), *Los procesos de descentralización y desconcentración de las políticas sociales en América Latina: Enfoque institucional*, ILPES, Santiago de Chile, 1989
- Parmigiani de Barbará, Myriam Consuelo (2002), *La coordinación intergubernamental subnacional de cara a la crisis: Posibilidades y límites. Universidad Nacional de Córdoba - Argentina. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002
- Pérez, J ; Bentacourt, J ; Suárez, P. (2006) *Descentralización y sistemas de salud en América Latina*. Disponible en http://www.serbi.luz.edu.ve/pdf/rcs/v12n1/art_04.pdf
- Perfil del Sistema de Salud de Brasil
(http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=29)
- Piñeiro Maldonado, Albino Segundo (2001), *Modelo local de descentralización del servicio de atención primaria de salud. Estudio de caso: Red Ambulatoria del Municipio Rosario de Perijá del estado Zulia, Venezuela. VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Buenos Aires, Argentina, 5-9 Nov. 2001
- Redsalud Brasil (1996), *Evaluación de los efectos de la descentralización en el programa de atención primaria de la salud de Eldorado, Pcia. de Misiones, y estrategias para potenciar el rendimiento de los recursos existentes*, Coordinadora de la investigación: Alicia Stolkner
- Rehem de Souza, R. (2002), *El Sistema Público de Salud brasileño*, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil, 2002
- Santiago, Fernando (2004), *La descentralización de las políticas sociales en Argentina, Chile y Perú*
- Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria (2005), *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Un visión crítica a través de dos estudios de caso. Volume 17 (3) March 30, 2005, page(s) 210 - 220*
- Ugalde, Antonio y Homedes, Nuria (2000), *Descentralización del sector salud en América Latina. V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* Santo Domingo, Rep. Dominicana. 24 - 27 Oct. 2000