



junio 2000

# 29

---

La Descentralización de los  
Sistemas de Salud en  
Latinoamérica: Un Análisis  
Comparativo de Chile, Colombia  
y Bolivia

La Descentralización de los Sistemas de Salud  
en Latinoamérica: Un Estudio Comparativo de  
Chile, Colombia y Bolivia

Thomas J. Bossert, PhD  
Harvard School of Public Health

junio 2000

Este informe fue producido por el Proyecto de Información para la Toma de Decisiones de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Acuerdo de Cooperación No. DPE-5991-A-00-1052-00. Fue hecho en colaboración con la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de Latinoamérica y el Caribe, financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Acuerdo de Cooperación No. HRN-5974-C-00-5024-00. Los puntos de vista expresados aquí pertenecen al autor y no representan necesariamente las políticas del USAID.

## TABLA DE CONTENIDOS

---

---

LISTADO DE SIGLAS .....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
INTRODUCCIÓN .....	1
ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO .....	3
METODOLOGÍA Y EL ENFOQUE DE “ESPACIO DE DECISIÓN” .....	4
ESTRUCTURA Y PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN CHILE, COLOMBIA Y BOLIVIA.....	9
CHILE .....	9
COLOMBIA .....	10
BOLIVIA .....	11
COMPARACIÓN DE LOS ESPACIOS DE DECISIÓN EN CHILE, COLOMBIA Y BOLIVIA.....	13
ANÁLISIS COMPARATIVO .....	13
ESPACIO DE DECISIÓN FINANCIERO .....	16
ESPACIO DE DECISIÓN EN LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS.....	19
ESPACIO DE DECISIÓN SOBRE RECURSOS HUMANOS .....	20
REGLAS DE ACCESO Y ESPACIO DE DECISIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL.....	21
COMPARACIONES GENERALES .....	21
ALTERNATIVAS E INNOVACIONES .....	23
DECISIONES DE ASIGNACIÓN.....	23
<i>Gastos per Cápita en Salud</i> .....	23
<i>Pereza Fiscal</i> .....	27
<i>El Fondo de Compensación Chileno: Innovación para la Equidad</i> .....	30
<i>Porcentajes Afectos a la Salud</i> .....	31
<i>Financiamiento Compartido</i> .....	32
<i>Asignaciones en el Sector de la Salud: Promoción y Prevención</i> .....	32
DECISIONES SOBRE RECURSOS HUMANOS .....	33
INNOVACIONES EN LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS .....	34
<i>Chile</i> .....	35
<i>Bolivia</i> .....	36
CONDICIONES Y RELACIONES LOCALES.....	37
<i>Chile</i> .....	37
<i>Colombia</i> .....	37
<i>Bolivia</i> .....	38
IMPACTO EN EL DESEMPEÑO .....	40
<i>Equidad</i> .....	41
<i>Eficiencia</i> .....	43
<i>Calidad</i> .....	43
CONCLUSIÓN .....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXO 1. TABLAS .....	54
ANEXO 2. FUENTES DE DATOS POR PAÍS.....	59

<b>ANEXO 3. ESQUEMAS DETALLADOS DE LOS ESPACIOS DE DECISIÓN .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 4. INDICADORES PARA ESQUEMATIZAR EL ESPACIO DE DECISIÓN.....</b>	<b>71</b>
<b>PUBLICACIONES DE LA INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.....</b>	<b>72</b>

## LISTADO DE SIGLAS

---

### CHILE

FAPEM	Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales
FONASA	Fondo Nacional de Salud
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsionales

### COLOMBIA

EPS	Entidades Promotoras de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
ESS	Empresas Solidarias de Salud
PPE	Gastos en Prevención y Promoción

### BOLIVIA

DILOS	Direcciones Locales de Salud
OTBs	Organizaciones Territoriales de Base

## AGRADECIMIENTOS

---

El autor desea agradecer a los co-autores de cada uno de los estudios por país en los cuales se basa este informe: Osvaldo Larrañaga, Antonio Infante y Consuelo Espinosa en Chile; Fernando Ruiz Mier, Scarlett Escalante, Marina Cardenas, Bruno Giussani y Katherina Capra en Bolivia; Ursula Giedion, Jose Jesus Arbelaez y Luis Gonzalo Morales en Colombia; y Mukesh Chawla, Joel Beauvais y Diana Bowser quienes colaboraron en varios proyectos desde Harvard. Contamos también con la valiosa colaboración, por medio de entrevistas y documentos, de muchos oficiales y observadores chilenos, colombianos y bolivianos. También cabe destacar el permanente apoyo de los oficiales de USAID, Kathleen McDonald, Karen Cavanaugh y Carol Dabbs sin lo cual el presente proyecto no habría sido posible. Se agradece también a los miembros del LAC Health Sector Reform Initiative Steering Committee por sus comentarios y apoyo. Los puntos de vista aquí expresados pertenecen al autor y no representan necesariamente las políticas del USAID.

## INTRODUCCIÓN

---

Este estudio comparativo evalúa la implementación de la descentralización de los sistemas de salud en tres países Latinoamericanos: Chile, Bolivia y Colombia.

Utilizando un innovador método para el análisis de la descentralización—llamado “espacio de decisión”—los estudios en los tres países primero analizaron el rango (desde limitado hasta amplio) de alternativas que las municipalidades poseían respecto de diferentes funciones en financiamiento, prestación de servicios, recursos humanos, focalización y administración. Los estudios encontraron que el espacio de decisión permitido a las municipalidades variaba considerablemente, y cambiaba en el tiempo. La tendencia inicial de los países era otorgar un rango más amplio, pero a reducir el espacio de decisión en el tiempo. En general, sin embargo, el rango de alternativas permitido sobre la contratación de servicios privados y decisiones administrativas era amplio; el espacio para asignaciones financieras tendió a ser moderado; y sólo un limitado rango era permitido en los casos de los recursos humanos, la provisión de servicios y la determinación de programas con prioridad – todos los cuales permanecían centralizados. Aunque esto permitía un amplio rango de decisiones, también limitaba el control local sobre aquellas funciones con mayor efecto sobre la eficiencia de los servicios de salud.

Con estos rangos de alternativas, las municipalidades tomaron algunas importantes decisiones. Aunque las municipalidades con mayores recursos eran capaces de asignar mayores porciones de sus propios recursos al sistema de salud en Chile y Colombia, la diferencia en el gasto per cápita en salud entre las municipalidades con mayores recursos y las más desprovistas se estrechaba en vez de agrandarse. En Chile, la capacidad de los gobiernos locales para asignar sus recursos propios fue mejorada a través de un innovador fondo de compensación horizontal- el Fondo Común Municipal- que reasignó los recursos propios locales desde los municipios con más recursos hacia aquellos más desprovistos. En Colombia y Bolivia, un porcentaje de las transferencias intergubernamentales fue “forzosamente” asignado a la salud. Puesto que estas transferencias en parte se basaban en una fórmula per cápita, el resultado fue un gasto per cápita más equitativo.

Las municipalidades también tomaron decisiones sobre recursos humanos, aunque estas decisiones eran más limitadas por restricciones en el espacio de decisión municipal. Las reglas de manejo de funcionarios públicos eran restrictivas, pero las municipalidades podían contratar a personal adicional. En el área de la organización de servicios, las municipalidades innovaron en una variedad de áreas, principalmente agregando nuevos servicios que no eran parte del paquete básico del Ministerio.

El informe también encontró que diferentes capacidades institucionales tenían algún efecto en la descentralización. Aunque la capacidad institucional en Bolivia era generalmente débil, la descentralización se llevó a cabo gracias a las características individuales de algunos alcaldes y doctores locales y sus relaciones con la comunidad.

En términos de relación entre descentralización y desempeño del sistema en general, los datos llevan a la conclusión que ambos, detractores y defensores extremos de la descentralización están equivocados. La descentralización parece estar mejorando algunos de los indicadores de equidad, tal como una tendencia hacia un gasto per cápita

similar para municipios con mayores y menores recursos, y estar asociada con un gasto per cápita en promoción y prevención mayor y más equitativo. Sin embargo, excepto por el aumento en utilización asociado con mayores gastos, la mayor equidad en el gasto no parece estar claramente relacionada con cambios importantes en nuestros indicadores de desempeño. Este no es el tipo de conclusión que satisface a defensores o detractores del proceso de descentralización porque no da un fuerte apoyo a ninguno de los argumentos. Sin embargo, estos estudios sugieren que las políticas de descentralización que tienden a moderar el “espacio de decisión” y a usar mecanismos como fondos de compensación y asignación de porcentajes de transferencias intergubernamentales basadas en fórmulas per cápita, pueden resultar en una descentralización que al menos aumenta la equidad y las asignaciones para actividades de prevención y promoción, y que pueden tener un impacto positivo en la calidad y eficiencia de los servicios.

## ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

---

En las últimas dos décadas, las políticas de la descentralización del sector de la salud se han implementado a gran escala en el mundo en desarrollo. La descentralización, habitualmente en combinación con una reforma financiera a la salud, ha sido señalada como una herramienta clave en el mejoramiento del desempeño del sector de la salud y en la promoción del desarrollo social y económico (Banco Mundial 1993). La información preliminar recolectada, sin embargo, indica que los resultados han sido a lo sumo mixtos. En algunos casos, estas limitaciones han provocado reacciones contrarias a las reformas, incluyendo iniciativas de recentralización. Nosotros pensamos que este rechazo es generalmente prematuro o errado, y que el asunto a resolver es adaptar de mejor manera las políticas de descentralización para alcanzar los objetivos de las políticas nacionales de salud. En este contexto, resulta cada vez más importante entender las dinámicas de los procesos de reforma del sector de la salud en diversos escenarios, para llegar a conclusiones genéricas y específicas, y para formular estrategias efectivas para la toma de decisiones e investigación futura.

El término “descentralización” ha sido empleado para identificar una variedad de reformas caracterizadas por la transferencia de autoridad fiscal, administrativa y/o política respecto de la planificación, la administración o la prestación de servicios desde el Ministerio de Salud central hacia instituciones alternativas. Estas instituciones receptoras pueden ser direcciones locales o regionales del mismo ministerio, gobiernos municipales o provinciales, agencias de servicio público autónomas, u organizaciones del sector privado. Se esperaría que la descentralización mejorara el desempeño del sector de la salud en variadas formas, incluyendo las siguientes: (1) una mayor eficiencia distributiva a través de la adaptación en la combinación de servicios y gastos según las preferencias de los usuarios locales; (2) una mayor eficiencia productiva a través de una mayor conciencia del costo en el ámbito local; (3) innovación en la prestación de servicios a través de la experimentación y la adaptación a las condiciones locales; (4) una mayor calidad, transparencia, responsabilidad y legitimidad debido a la participación y la observación del usuario en la toma de decisión; y (5) una mayor equidad a través de la distribución de los recursos hacia regiones y grupos tradicionalmente marginados. Al mismo tiempo, han surgido dudas acerca de la potencial desestabilización macroeconómica y el agravamiento de las disparidades interregionales en la riqueza y la capacidad institucional como resultado de la descentralización (Prud'homme 1995).

La reciente proliferación de políticas de descentralización es parte de un proceso global de reformas políticas, económicas y técnicas (Banco Mundial 1998). Estas incluyen la “democratización” y, quizás más importante, la “modernización” neo-liberal del estado. Esta promueve la descentralización institucional y territorial como una manera de introducir competencia y conciencia de costo en el sector público, y desarrolla un nuevo papel para el Estado en cuanto “permitir” y “guiar,” en vez de participar directamente en las actividades del sector privado. La promoción de inversiones costo-eficaces en la atención primaria y servicios para los más desprovistos, comenzando con la Conferencia Alma Ata de Atención en Salud Primaria de 1978 y reiterado en el *World Development Report* de 1993 del Banco Mundial, ha dado un impulso técnico adicional para la descentralización del sector de la salud.

El rango de políticas agrupadas bajo el concepto de “descentralización” es bastante diverso respecto de los objetivos, mecanismos y efectos. Este informe hace uso de una terminología ampliamente aceptada desarrollada por Rondinelli (1981), quien identifica tres categorías principales de descentralización: la desconcentración, la delegación y la devolución.

1) La *desconcentración* es generalmente la más común y limitada forma de descentralización. Involucra la transferencia de funciones y/o recursos hacia las direcciones regionales o locales de la agencia del gobierno central que corresponda. En un sistema desconcentrado, la autoridad permanece en la misma institución (por ejemplo, el Ministerio de Salud), pero “se reparte” hacia las instancias territorialmente descentralizadas de esta institución.

2) La *delegación* implica la transferencia de autoridad, funciones y/o recursos hacia una institución autónoma, sea privada, semi-pública o pública. Esta institución asume entonces la responsabilidad por un rango de actividades o programas definidos por el gobierno central, generalmente a través de mecanismos contractuales.

3) La *devolución* es la cesión de funciones y recursos sectoriales a gobiernos locales autónomos, que, en alguna medida, asumen entonces la responsabilidad por la prestación de servicios, la administración y las finanzas. Los tres países estudiados en este proyecto de investigación eran ejemplos de devolución hacia gobiernos municipales. En Colombia, se llevó a cabo al nivel de departamentos (equivalentes a provincias o estados en otros sistemas) y en Bolivia y Chile existía algún grado de desconcentración hacia las autoridades de salud regionales.

## **METODOLOGÍA Y EL ENFOQUE DE “ESPACIO DE DECISIÓN”**

El marco analítico usado para la evaluación de estos casos se basa en un método de “agente- principal.” En esta perspectiva, el gobierno central generalmente asocia a la figura del Ministro de Salud la determinación de las metas y parámetros de los programas y políticas de salud. A través de los varios modos de descentralización descritos, el gobierno central delega autoridad y recursos hacia los agentes locales – gobiernos municipales y regionales, direcciones descentralizadas o instituciones autónomas - para la implementación de sus objetivos.

Este método reconoce que los gobiernos centrales y locales tienen objetivos al menos parcialmente distintos. A menudo, los agentes tienen preferencias distintas con respecto a la combinación de actividades y gastos a realizar, y responden a un grupo distinto de interesados y audiencias en comparación a los principales de nivel nacional. Las instituciones locales, entonces, pueden tener incentivos para evadir los mandatos establecidos por el gobierno central. Además, dado que los agentes tienen una mejor información acerca de sus propias actividades que la tiene el principal, ellos tienen la posibilidad de “eludir” responsabilidades definidas por el gobierno central y así concentrarse en sus propios programas. El costo que tiene para el principal superar esta asimetría de información resulta extremadamente alto. En este contexto, el gobierno central persigue la obtención de sus objetivos a través de incentivos y sanciones que efectivamente guíen el comportamiento del agente sin generar pérdidas inaceptables en eficiencia e innovación. Se emplean diversos mecanismos para este efecto, incluyendo el monitoreo, reportes, inspecciones, informes de desempeño, contratos, concesiones, etc.

La descentralización puede ser vista como un proceso de ampliación del espacio de decisión o rango de alternativas de los agentes locales, dentro de las varias esferas de la política, administración, finanzas, y gobierno (Bossert 1998). El principal central voluntariamente trasfiere la autoridad formal al agente para promover sus objetivos de política de salud. El grado y la naturaleza de esta transferencia difieren caso a caso, y definen la función de la relación agente-principal y el sistema descentralizado como un todo. Los tres casos estudiados en el presente informe, no persiguen cuantificar el espacio de decisión formal, sino que ofrecer una caracterización preliminar de su rango – sea limitado, moderado, o amplio – dentro de un arreglo de funciones de sistemas de salud. La naturaleza y extensión del espacio de decisión están presentadas por medio de “esquemas,” similares al presentado a continuación. Los esquemas de espacio de decisión están complementados por un análisis de los antecedentes históricos y el contexto de las reformas de descentralización.

Cuadro 1. Esquema de Espacio de Decisión

FUNCIÓN	RANGO DE ALTERNATIVAS		
	LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
	FINANZAS		
FUENTES DE INGRESOS	⇒	⇒	⇒
COMPOSICIÓN DEL GASTO	⇒	⇒	⇒
INGRESOS POR TARIFAS Y CONTRATOS	⇒	⇒	⇒
	ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS		
AUTONOMÍA HOSPITALARIA	⇒	⇒	⇒
SEGUROS	⇒	⇒	⇒
MECANISMOS DE PAGO	⇒	⇒	⇒
PROGRAMAS REQUERIDOS/NORMAS	⇒	⇒	⇒
CONTRATOS CON PRESTADORES PRIVADOS	⇒	⇒	⇒
	RECURSOS HUMANOS		
REMUNERACIONES	⇒	⇒	⇒
CONTRATOS	⇒	⇒	⇒
FUNCIONARIOS PÚBLICOS	⇒	⇒	⇒
	REGLAS DE ACCESO		
Focalización	⇒	⇒	⇒
	REGLAS DE ADMINISTRACIÓN		
GOBIERNOS LOCALES			
DIRECCIONES DE ESTABLECIMIENTOS	⇒	⇒	⇒
DIRECCIONES DE SALUD	⇒	⇒	⇒
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	⇒	⇒	⇒

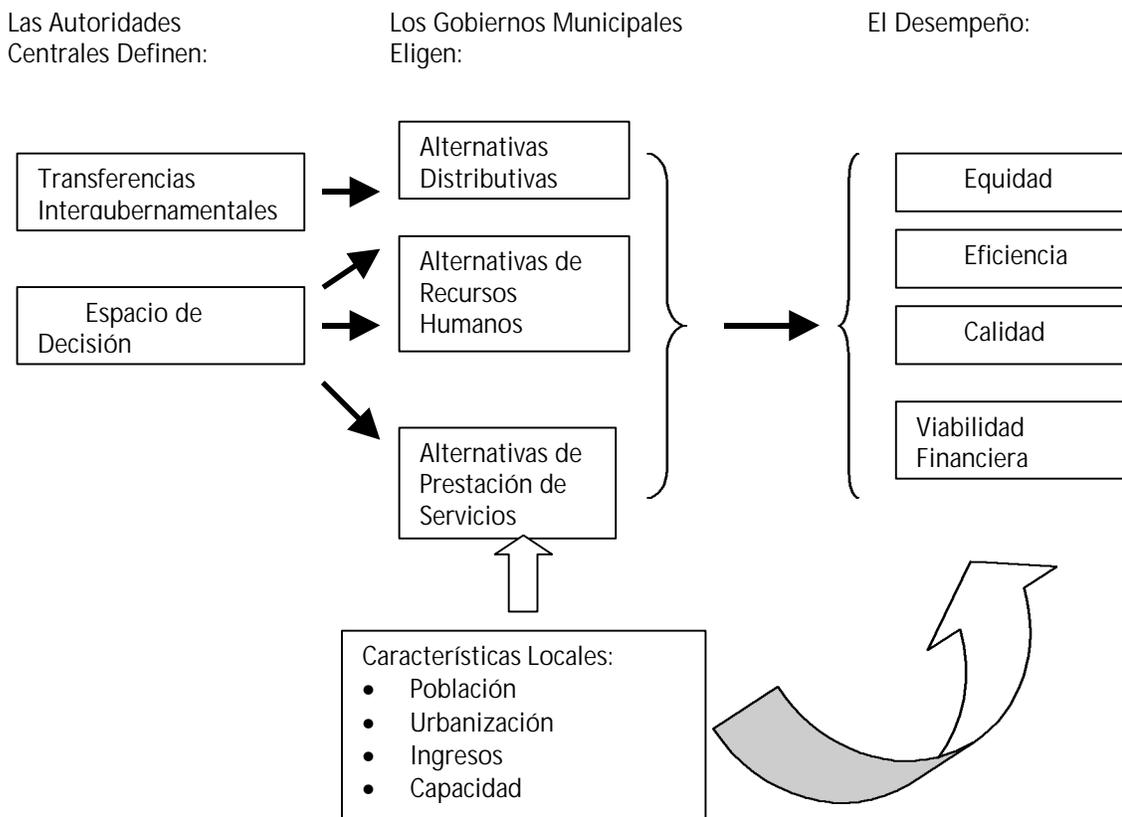
El gobierno central tiene otros canales de control a su disposición para definir o pasar por sobre decisiones locales. El gobierno central puede incentivar a quienes deciden a nivel local para que tomen decisiones a favor de prioridades nacionales. Estos incentivos pueden ser en la forma de financiamiento compartido, en el que el gobierno nacional entregará fondos para una actividad prioritaria si el gobierno local entrega una cantidad similar de recursos e implementa la actividad. Los incentivos pueden también tomar la forma de directrices– por ejemplo, un modelo de tarifas – u otras formas de asistencia técnica para mejorar la capacidad local y para influenciar las

decisiones locales. Pueden también tomar la forma de capacitaciones para el desarrollo de aptitudes en áreas que fortalezcan las prioridades centrales. Pueden también existir mecanismos para un reconocimiento especial del cumplimiento de metas en áreas prioritarias- tales como, competencias por las más altas tasas de inmunización entre municipalidades. Finalmente, el gobierno central puede simplemente prestar servicios que son financiados y dirigidos centralmente, como la continuación de los programas de control de la malaria y las campañas de vacunación.

Una vez que el rango de alternativas permitido a nivel local es establecido, la siguiente pregunta es: ¿que decisiones toman los gobiernos locales? Esta parte del análisis se basa en un examen de las decisiones de distribución tomadas a nivel local, en respuesta a las alternativas permitidas para las transferencias del gobierno central y las que se toman con recursos propios. Esto incluye las decisiones tomadas sobre los recursos humanos a nivel local y las decisiones tomadas sobre la prestación de servicios y la coordinación entre gobiernos locales.

Esta investigación se basa en la expectativa, de que las diferentes características de las municipalidades afectarían las decisiones tomadas y el desempeño del sistema de atención de salud. El análisis examina como el ingreso de las municipalidades resulta determinante sobre las decisiones distributivas y otras decisiones, y sobre el desempeño. Adicionalmente, el tamaño de la población, la urbanización, las relaciones entre los principales actores y la capacidad institucional pueden influenciar tanto a las decisiones como al desempeño.

Cuadro 2. Modelo de Investigación



Una pregunta central, sin embargo, es cómo las decisiones alternativas permitidas a un nivel periférico afectan el desempeño general del sistema. Generalmente se esperaría que, las reformas al sector de la salud aumentarían la equidad, la eficiencia, la calidad y la viabilidad financiera del sistema de salud (Bossert, 1998). En consecuencia, resulta importante evaluar cómo la descentralización implementada en Chile, Colombia y Bolivia ha afectado el desempeño del sistema respecto de estas dimensiones.

Este informe presenta una síntesis de los estudios de la descentralización de la salud en Chile, Colombia y Bolivia. Cada estudio por país requirió crear un equipo local de investigadores altamente calificados.<sup>1</sup> Estos equipos, primero analizaron los datos nacionales sobre las características, los gastos y el desempeño a nivel municipal. Aunque datos a nivel nacional también estaban disponibles en los tres países, la baja calidad de los datos en Bolivia limitó su uso en el análisis comparativo.<sup>2</sup>

En Chile y Bolivia, los estudios en terreno de municipalidades se realizaron para recolectar información cualitativa. En Colombia, debido a situaciones de seguridad, estos estudios no pudieron realizarse, por lo cual se incorporaron estudios en terreno ya existentes. Los estudios de casos nacionales se focalizaron en el nivel municipal ya que los tres países devolvieron poder a este nivel, lo que facilitó las comparaciones. Aunque los equipos locales de los tres países utilizaron el mismo marco analítico, la disponibilidad y la calidad de los datos variaron de país en país al igual que las estructuras de descentralización. Esto creó situaciones en las que fue imposible utilizar metodologías uniformes.

Buscamos evaluar un conjunto de dimensiones íntimamente relacionadas a las políticas de descentralización. Primero, se definió el rango de alternativas permitido a las municipalidades en cada uno de los tres países y se documentaron los cambios en este rango a través del tiempo, utilizando los esquemas de espacio de decisión descritos anteriormente. El mayor desafío fue mostrar cómo la descentralización ha permitido diferentes rangos de alternativas sobre varias funciones críticas. Cabe destacar la existencia de una tendencia general hacia un rango moderado de alternativas en todos los aspectos, con excepción de las decisiones sobre los recursos humanos, que tendieron a ser limitadas.

En segundo lugar, se examinaron las decisiones distributivas tomadas tanto por los gobiernos centrales como las municipales, como también las interacciones entre esas alternativas. En particular, el informe probó una importante hipótesis de la literatura sobre descentralización, la cual postula, que la descentralización aumenta la inequidad, al permitir que las municipalidades con mayores fondos destinen más recursos a la salud en comparación con las municipalidades más desprovistas. También se examinó la "pereza fiscal"; por ejemplo, si la provisión de fondos centrales a través de transferencias intergubernamentales, es o no, un desincentivo para que las

---

<sup>1</sup> Los equipos-países eran: por Chile, Osvaldo Larranaga y Antonio Infante; por Colombia, Ursula Giedion, Jose Jesus Arbelaez y Luis Gonzalo Morales; y por Bolivia, Fernando Ruiz Mier, Scarlett Escalante, Marina Cardenas, Bruno Giussani y Katherina Capra.

<sup>2</sup> Existieron altos niveles de datos perdidos en el conjunto de datos bolivianos. Menos de la mitad de las municipalidades confeccionaron reportes en 1994 y menos de dos tercios en los años subsiguientes. Existían solo tres provincias con datos relativamente completos —Chuquisaca, Santa Cruz y Potosí. Entonces, la muestra de datos es sesgada hacia esas provincias relativamente inusuales, las cuales no son representativas del país.

municipalidades destinen recursos propios a la salud. Luego, se examinaron otras innovaciones de los gobiernos locales durante el periodo de descentralización.

En tercer lugar, se examinaron las decisiones sobre los recursos humanos para evaluar si los gobiernos locales descentralizados han sido capaces de utilizar sus recursos humanos más efectiva y eficientemente. Los defensores de la descentralización, postulan que aquellos que toman las decisiones a nivel local conocen mejor la situación local y pueden tomar las mejores decisiones administrativas. Los críticos de la descentralización, sostienen que las decisiones a nivel local llevan a una situación de patronazgo o nepotismo y por lo tanto a la ineficiencia en el uso de los recursos humanos locales.

En este análisis se evaluaron las condiciones locales que pudiesen influir sobre las decisiones locales y el desempeño, tales como el tamaño de la población, la urbanización, el ingreso municipal y la capacidad institucional. A veces se argumenta que las municipalidades más grandes, más urbanizadas, y de mayores ingresos tendrían mejores capacidades, empleados más calificados y más recursos para tomar mejores decisiones y obtener mejores resultados. Algunas de estas hipótesis se examinan con los datos recolectados por la investigación.

Los indicadores de desempeño fueron limitados debido a las limitaciones de los datos disponibles. La intención original era la de evaluar indicadores de equidad, eficiencia, calidad y viabilidad financiera en los tres países. Se recolectaron datos sobre utilización respecto de Chile y Colombia y se trabajó con algunos indicadores indirectos de eficiencia en los tres países, los cuales constituirían la piedra angular del análisis. Uno de los objetivos principales, era el de evaluar si la descentralización había mejorado el desempeño del sistema. Se presentan los datos disponibles, los que sugieren que la descentralización habría generado una mayor equidad del gasto per cápita, lo que a su vez aumenta la equidad en la utilización. Sin embargo, no es claro que la descentralización haya producido un cambio sustancial en el desempeño general del sistema. Esto constituye una importante conclusión del estudio.

## ESTRUCTURA Y PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN CHILE, COLOMBIA Y BOLIVIA

---

Esta sección resume las características y procesos de descentralización en cada uno de los países estudiados para clarificar los aspectos propios de cada sistema. Una descripción más detallada de cada experiencia, se encuentra disponible en los informes por países respectivos.

### CHILE

Chile ha sido el primer país en Latinoamérica en iniciar un esfuerzo serio para descentralizar su sistema de salud. Comenzando en la década de los '80, el gobierno militar de Pinochet inició un programa para desarrollar la propiedad, autoridad y responsabilidad respecto de las clínicas de atención primaria para los 308 gobiernos municipales existentes en el país. Los hospitales, permanecieron bajo el control de las direcciones regionales del Ministerio de Salud, las que también eran responsables de supervisar los servicios municipales y asegurar que las normas técnicas del Ministerio estaban siendo implementadas. El equipo de atención de salud también se transfirió hacia el sistema municipal, lo que debilitó su protección ante la ley bajo las reglas nacionales de manejo de funcionarios públicos.

El sistema se financió a través de un fondo gubernamental, FONASA, el cual otorgó fondos inicialmente determinados por un sistema nacional de pago por prestación (fee-for-service), el FAPEM (Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales). Esto llevó a una explosión en el gasto, y este mecanismo fue más tarde limitado a presupuestos históricos, los que se negociaron entre las municipalidades y el fondo central. El sistema de Atención Primaria Municipal recibe aproximadamente el 30% de los fondos de salud pública en más de 1500 consultorios y postas de salud (Carciofi 1996). Los gobiernos locales tuvieron la obligación de contribuir con una porción de sus recursos propios para ayudar a financiar el sistema. Para ayudar a las municipalidades a asumir estas responsabilidades, Chile implementó un innovador fondo de equidad horizontal, llamado Fondo Común Municipal, el que redistribuía una porción de los recursos propios de las municipalidades más ricas hacia las más pobres.

La implementación de la descentralización pasó por varias etapas durante los años '80 y estuvo completamente implementada al momento de restaurarse la democracia en el año 1989. El proceso de descentralización se implementó al mismo tiempo como un proceso paralelo de reforma al sistema de seguro social. Esta reforma, incentivó la creación de los planes de seguros privados (ISAPRE) y una expansión de la prestación privada, al permitir que los contribuyentes más importantes del sistema de seguro social retiraran sus fondos desde el sistema público. Aparte de privar de acceso al sistema público a los derechos habientes de las ISAPRE—cuestión difícil de implementar—esta reforma de seguros tuvo un impacto débil en el proceso de descentralización.

Los gobiernos democráticos siguientes al año 1989, asignaron una cantidad de recursos mucho mayor al sistema de salud pública y ya por el año 1996, los sindicatos de trabajadores de la salud y las asociaciones de profesionales habían conseguido un

nuevo Estatuto de Trabajadores de Salud Primaria, el que les devolvió muchos de los beneficios y reglas salariales del sistema de funcionarios públicos.

## **COLOMBIA**

En Colombia, el proceso de descentralización en el sector de la salud fue iniciado en la Constitución de 1991 y elaborado en una serie de leyes (Ley 10, Ley 60, Ley 100). El proceso significó la devolución de las instalaciones de salud, personal y responsabilidades a los 32 “departamentos” (equivalentes a provincias o estados en otros sistemas) y 1070 municipalidades. A las municipalidades, se asignó la responsabilidad respecto de la prevención y promoción, las instalaciones de atención primaria y los hospitales de primer nivel. Los departamentos ganaron control sobre las instalaciones de salud secundarias y terciarias, los hospitales de práctica y sobre las principales campañas de salud pública. Las autoridades locales tuvieron que cumplir con una serie de requisitos, los que incluyeron el establecimiento de pensiones y un fondo independiente de salud, y una demostrada capacidad de planificación, para ser certificadas para asumir el control, respecto de la mayor fuente de transferencias intergubernamentales – el Situado Fiscal. Las municipalidades, sin embargo, recibieron una transferencia separada – la “participación municipal,” destinada a salud y educación – de modo que tuvieron algunos fondos para asignar a la salud, incluso antes de ser certificados por el Ministerio de Salud. La certificación, sin embargo, les proporcionó un significativo control sobre diversas funciones, como se muestra en el siguiente análisis del espacio de decisión. La certificación se implementó lentamente en un principio; en 1994, sólo 19 municipalidades habían sido certificadas y sólo ocho más se incorporaron en 1995. Sin embargo, en 1996 y 1997, casi 300 municipalidades - prácticamente un tercio del total – fueron certificadas.

Como en Chile, el proceso de descentralización estuvo acompañado de importantes reformas en el seguro social. Sin embargo, en Colombia la reforma de seguros sociales tuvo un impacto directo en el proceso de descentralización. La reforma generó competitivas instituciones de seguridad públicas y privadas (EPS y ESS), que recibirían una cotización, ajustada al riesgo, por entregar cobertura al segmento más pobre de la población. Los fondos para estas entidades aseguradoras debían ser reasignados desde el transferido fondo del Situado Fiscal hacia las municipalidades en forma gradual. Las municipalidades se han resistido a esta pérdida de control, pero de todos modos han ido cumpliendo paulatinamente.

Desde 1996, Colombia invirtió aproximadamente un 10% de su PIB en salud, incluyendo un 4% en el sector público y un 6% en el sector privado. De los gastos públicos en salud, un 39% fue a nivel nacional, un 45% a nivel departamental, un 9% por las municipalidades y el restante 7% por entidades especiales tales como las fuerzas armadas y ECOPETROL. El siguiente cuadro muestra la evolución de los ingresos gubernamentales subnacionales provenientes de transferencias.

Tabla 1. Transferencias Centrales a Gobiernos Municipales y Departamentales como Porcentaje de los Ingresos Totales del Gobierno

TRANSFERENCIA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
SITUADO FISCAL	21.1	48.5	19.1	20.1	22.1	22.8	23.8	23.8
PARTICIPACIÓN MUNICIPAL	10.4	10.0	12.4	12.8	13.0	14.6	15.7	16.7
COFINANCIAMIENTO	6.9	6.2	6.0	4.5	5.3	7.1	8.6	8.2
ROYALTIES Y FONDO NACIONAL DE ROYALTIES	5.8	3.6	3.4	3.2	3.9	4.1	3.4	3.5
TOTAL	44.1	38.3	40.8	40.6	44.3	48.7	51.5	52.3

De Vargas y Sarmiento (1997): p. 20.

## BOLIVIA

La descentralización de la salud en Bolivia, se inició con la Ley de Participación Popular (1994), que devolvió el control sobre los presupuestos de "inversión y suministro" para el desarrollo municipal a las municipalidades, al mismo tiempo que conservaba el control sobre el personal y las remuneraciones en las direcciones locales del Ministerio de Salud. Esta ley, de hecho, creó más de tres cuartos de las 311 municipalidades y las primeras elecciones fueron celebradas en 1995. La ley también creó las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), las que incluían a ONGs indígenas y campesinas, organizaciones vecinales, y otras organizaciones. Las OTBs fueron diseñadas para permitir la participación de la gente común en el gobierno local a través de Comités de Inspección. Para la coordinación entre municipalidades, las OTBs y los profesionales de salud local, se dio forma a una nueva organización, la Dirección Local de Salud (DILOS), la que incluyó al oficial de salud local y a concejales y la OTB.

En un principio, fueron las municipalidades las encargadas de asignar la transferencia intergubernamental (llamada "co-participación") hacia una lista seleccionada de actividades en el sector social, sin restricciones en la cantidad asignable a cada una de ellas. Estas debían coordinar los diversos planes con las autoridades regionales de los ministerios centrales, pero estas autoridades tenían un escaso control sobre las asignaciones finales.

En 1996, después de hacerse evidente que muchas municipalidades no asignaban ninguno de los recursos a la salud, una ley de seguro materno-infantil específicamente afectó a un 3% de los fondos de "co-participación" para financiar las provisiones y el equipamiento para un paquete básico de beneficios para madres y niños. El paquete de beneficios debía ser entregado gratis, lo que fue una importante restricción, dado que incluso antes de la descentralización, las instalaciones médicas (hospitales, centros de atención primaria, etc.) tenían la facultad de determinar y retener sus propias tarifas.

En general, la inversión social como porcentaje del PIB se ha más que duplicado entre 1993 y 1995, aumentando desde un 1,71% hasta un 3,61%. Además, el nivel gubernamental para la toma de decisiones de gasto ha variado considerablemente. En 1993, los gobiernos municipales controlaban solo el 15% de la inversión social en Bolivia. En 1996, esta proporción había aumentado a más de un 40%, incluyendo sobre un 60% de todo la inversión en infraestructura en salud, educación y sanitización

básica, mientras que el aporte gubernamental en inversión social disminuyó a un 11% (Gray Molina 1996). Finalmente, las prioridades de inversión de los diferentes tipos de municipalidades también variaron considerablemente. Por ejemplo, con respecto a la salud, las ciudades capitales invirtieron US\$0.73 per cápita mientras que otras municipalidades invirtieron US\$1.70, casi dos veces y media más (ibídem).

## COMPARACIÓN DE LOS ESPACIOS DE DECISIÓN EN CHILE, COLOMBIA Y BOLIVIA

---

La metodología utilizada en esta investigación, sugiere que el rango de alternativas sobre diferentes funciones otorgado a los gobiernos locales en el proceso de descentralización, es una importante manera de definir el concepto de descentralización. Esto permite comparar la experiencia de descentralización entre países, lo que demostró que los tres países asignaban distintos rangos de alternativas respecto de funciones diversas.

### ANÁLISIS COMPARATIVO

La siguiente sección, presenta el espacio de decisión formal de los tres países en una perspectiva comparativa. Dado que en cada país, el esquema de espacio de decisión para las municipalidades sufrió cambios durante el periodo estudiado, se presentan dos esquemas comparativos. El esquema del Cuadro 2 compara el espacio de decisión de los tres países al momento del más amplio rango de decisión que fue permitido a las municipalidades. El Cuadro 3 compara los esquemas de los tres países respecto del espacio de decisión que permitió el más limitado rango de alternativas. El Anexo 1, presenta los detalles de los esquemas por país en cada momento. Estos esquemas derivan de esquemas de país específicos, desarrollados por cada estudio por país. Los esquemas por país se derivaron de un estudio de las leyes y su real aplicación y se basan en los juicios combinados de los equipos de investigación por país y del autor. Aunque existe un criterio general para juzgar estos rangos de alternativas (véase el Anexo 4), existe un rango amplio para juzgar a cada país en particular. No existe un método fácil para contrarrestar la subjetividad de este ejercicio – incluso un panel de jueces expertos con un conocimiento detallado de los tres casos sería difícil de establecer. En consecuencia, estas tablas deben ser tomadas como indicativas y subjetivas, y no como objetivas medidas cuantitativas.

Cuadro 3. Comparación de los Espacios de Decisión en los Rangos de Alternativas Más Amplios

FUNCIONES	RANGO DE ALTERNATIVAS		
	LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
<b>Finanzas</b>			
Fuentes de Ingresos		Colombia Chile	Bolivia
Gastos		Colombia Bolivia	Chile
Ingresos por Tarifas	Chile	Colombia Bolivia	
<b>Organización de Servicios</b>			
Autonomía Hospital	Colombia Chile	Bolivia	
Seguros	Colombia Chile Bolivia		
Mecanismos de Pago		Colombia Bolivia	Chile
Programas Requeridos y Normas	Colombia Chile	Bolivia	
<b>Recursos Humanos</b>			
Renumeraciones	Colombia Bolivia		Chile
Contratos		Colombia Bolivia	Chile
Funcionarios Públicos	Colombia Bolivia		Chile
<b>Reglas de Acceso</b>			
Focalización	Colombia Chile	Bolivia	
<b>Reglas de Administración</b>			
Gobierno Local	Chile		Colombia Bolivia
Direcciones de Establecimientos	Colombia Bolivia	Chile	
Direcciones de Salud	Colombia Bolivia	Chile	
Participación Comunitaria	Bolivia		Colombia Chile
<b>Espacio de Decisión Total</b>			
en Rango de terminado			
Colombia	8	5	2
Chile	6	4	5
Bolivia	6	6	3

Municipalidades colombianas después de la certificación

Municipalidades chilenas antes del Estatuto de Atención Primaria

Municipalidades bolivianas antes de la Ley de Seguro Maternal e Infantil

Cuadro 4. Comparación de Espacios de Decisión -- Rangos de Alternativas Limitados

FUNCIONES	RANGO DE ALTERNATIVAS		
	LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
<b>FINANZAS</b>			
FUENTES DE INGRESOS	COLOMBIA	CHILE BOLIVIA	
GASTOS	COLOMBIA	CHILE BOLIVIA	
INGRESOS POR TARIFAS	CHILE BOLIVIA	COLOMBIA	
<b>ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS</b>			
AUTONOMÍA HOSPITALARIA	COLOMBIA CHILE	BOLIVIA	
SEGUROS	COLOMBIA CHILE BOLIVIA		
MECANISMOS DE PAGO	COLOMBIA	CHILE BOLIVIA	
PROGRAMAS REQUERIDOS Y NORMAS	COLOMBIA CHILE BOLIVIA		
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
RENUMERACIONES	COLOMBIA CHILE BOLIVIA		
CONTRATOS		COLOMBIA BOLIVIA	CHILE
FUNCIONARIOS PÚBLICOS	COLOMBIA CHILE BOLIVIA		
<b>REGLAS DE ACCESO</b>			
FOCALIZACIÓN	COLOMBIA CHILE BOLIVIA		
<b>REGLAS DE ADMINISTRACIÓN</b>			
GOBIERNOS LOCALES			COLOMBIA CHILE BOLIVIA
DIRECCIONES DE ESTABLECIMIENTOS	COLOMBIA BOLIVIA	CHILE	
DIRECCIONES DE SALUD	COLOMBIA BOLIVIA	CHILE	
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	BOLIVIA		COLOMBIA CHILE
ESPACIO DE DECISIÓN TOTAL EN UN RANGO DETERMINADO			
COLOMBIA	11	2	2
CHILE	7	5	3
BOLIVIA	9	5	1

Municipalidades colombianas antes de la certificación

Municipalidades chilenas después del Estatuto de Atención Primaria

Municipalidades bolivianas después de la Ley de Seguro Maternal e Infantil

Estos esquemas del espacio de decisión, muestran algunas similitudes como también diferencias significativas entre los tres países. Primero, en general, sólo se otorga un rango moderado de alternativas a las municipalidades. Ninguna municipalidad tenía un rango completo de alternativas sobre funciones claves en finanzas y recursos humanos. Importantes restricciones permanecieron bajo el control del gobierno central. Es importante destacar que existía una tendencia en el tiempo a limitar las decisiones sobre funciones claves en los tres países. En Chile, por ejemplo, el inicial amplio rango de alternativas sobre los recursos humanos fue más tarde restringido por el Estatuto de los Trabajadores de la Atención Primaria. En Colombia, el inicial rango de alternativas establecido por la Ley 60 fue restringido por la asignación de la Ley 100 de un porcentaje fijo de los fondos locales hacia los seguros de salud.<sup>3</sup> En Bolivia, la introducción del Seguro Materno-Infantil orientó un porcentaje de los fondos locales a gastos específicos y redujo las alternativas sobre la recaudación de pagos de honorarios. Estos cambios se concentraron en las principales áreas de control – la asignación de gastos y los recursos humanos. En el caso chileno, la restricción sobre los recursos humanos fue el resultado de la presión política por parte de los profesionales de salud. En los casos de restricción en las decisiones de gasto, las iniciativas surgieron del Ministerio de Salud con la intención de forzar a los gobiernos locales a asignar fondos a prioridades nacionales.

## **ESPACIO DE DECISIÓN FINANCIERO**

Las funciones financieras tienen una particular importancia en el proceso de descentralización. Las decisiones para controlar los fondos asignados al sector de la salud y los gastos en el sector de la salud, y para determinar y retener las tarifas, constituyen importantes herramientas de control local. El control sobre los ingresos es una manera fundamental por la cual los gobiernos locales, pueden decidir si la salud constituye o no una prioridad respecto de otras actividades locales tales, como educación, centros cívicos y caminos. Es también una manera por la que las comunidades más ricas pueden asignar más recursos que las comunidades más desposeídas, contribuyendo así a las inequidades en formas que las asignaciones centralizadas no lo harían.

Este rango de alternativas era bastante amplio en Bolivia después de la aprobación de la Ley de Participación Popular, que permitió a las municipalidades asignar un amplio margen de sus transferencias intergubernamentales a la salud (0-60%). Esta alternativa fue más tarde restringida por la ley de Seguro de Salud Materno-Infantil, la que afectó un 3% de estos fondos, específicamente a provisiones y equipamiento para el paquete de beneficios destinado a madres y niños.

En Chile, las asignaciones para el sector de la salud se determinaron formalmente por una tarifa de pago por prestación establecida por la autoridad central. Pero existía un techo para estas tarifas – generalmente superado por la utilización – y ese techo fue el resultado de negociaciones informales entre las municipalidades y el Ministerio de Salud. Esta negociación dio a las autoridades locales cierto grado de influencia sobre

---

<sup>3</sup> Estas tablas no muestran este cambio a lo largo del tiempo para Colombia. Muestran el aumento en el espacio de decisión a lo largo del tiempo que se otorga a las municipalidades certificadas. Colombia fue el único país en el estudio que permitió evaluar el impacto del aumento en el espacio de decisión asociado al cambio en el estatus municipal.

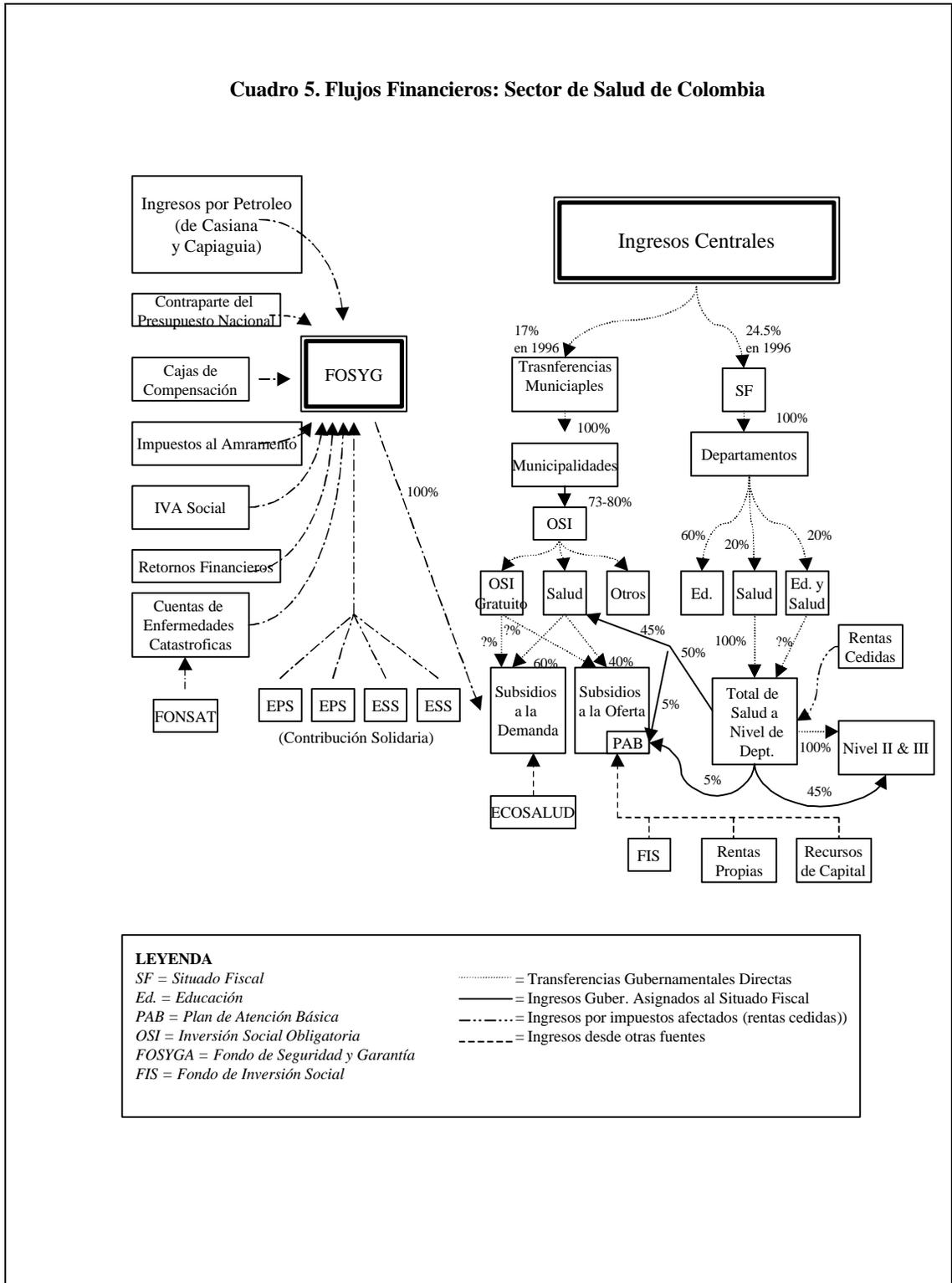
esta fuente de financiamiento. Además, las municipalidades locales fueron dejadas en libertad para asignar sus ingresos de fuentes propias a la salud.<sup>4</sup>

En Colombia, las municipalidades recibieron dos fuentes de transferencias intergubernamentales, una transferencia municipal directa y una transferencia a través de Departamentos (el Situado Fiscal). Ambas transferencias tenían un rango de porcentajes que fueron afectos a la salud (véase el Cuadro). Las municipalidades tenían algún rango de alternativas dentro de los rangos de porcentaje y podían asignar sus ingresos de fuentes propias a la salud.

---

<sup>4</sup> En Chile, las municipalidades con mayores recursos tuvieron que destinar una porción significativa de sus ingresos a un fondo de compensación (Fondo Común Municipal), que redujo sus alternativas respecto de la asignación de ingresos de fuentes propias. Este fondo será discutido en más detalle en secciones ulteriores de este informe.

**Cuadro 5. Flujos Financieros: Sector de Salud de Colombia**



Las alternativas sobre gastos en el presupuesto de salud son también una parte importante de la descentralización. La administración de los gastos en salud otorga a los administradores locales la posibilidad de tomar las decisiones que respondan a las condiciones y preferencias locales. Puede también permitir decisiones técnicamente más eficientes, puesto que los administradores locales tienen un mejor conocimiento del equipo local, el mercado productivo local y otros factores. En un principio, Chile otorgó a las autoridades municipales locales el más amplio rango de alternativas en esta función; sin embargo, este fue restringido más adelante al requerir gastos para cubrir al equipo de salud, que se encontraba protegido por el nuevo Estatuto de Atención Primaria. Bolivia permitió a las municipalidades asignar recursos de salud dentro de un amplio rango porcentual, pero más tarde restringió estas alternativas a través de la designación de fondos de salud afectos al paquete de beneficios materno-infantil. En Colombia, la certificación otorgó a las municipalidades el control de los gastos, del cual carecían las municipalidades no certificadas. Las autoridades departamentales controlaban la mayoría de los gastos en las municipalidades no certificadas. En los tres países, los ingresos de fuentes propias locales asignados a la salud podían ser gastados sin restricciones centrales.

El control sobre la determinación y la retención de las tarifas es también una importante función de financiamiento. A menudo se sostiene que la retención de las tarifas a niveles locales, incrementa los incentivos para que los administradores locales recauden las tarifas y respondan de mejor manera a las demandas de los consumidores. El control sobre la determinación de las tarifas, también permite a los administradores locales responder de mejor manera a las condiciones del mercado local. Bolivia y Colombia tuvieron un moderado rango de alternativas sobre las tarifas—sea por un rango explícito o requiriendo la aprobación por el Ministerio de Salud de los listados de tarifas locales. Sin embargo, en Bolivia esto cambió cuando el seguro materno-infantil exigió que el paquete básico de servicios fuese gratuito. Chile exigió que todos los servicios de atención primaria se prestaran gratuitamente.

## **ESPACIO DE DECISIÓN EN LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS**

La habilidad de los gobiernos locales para otorgar a sus instalaciones un importante grado de autonomía, podría ser una importante manera para que los gobiernos locales mejorasen la eficiencia técnica y la calidad a través de una administración más flexible de los hospitales. En Chile y Colombia, esta decisión no se tomó a nivel local, sino que, fue parte de una política nacional. En Chile, los hospitales no fueron devueltos a los gobiernos municipales; en consecuencia, las municipalidades no tomaron decisiones respecto a su organización. En Colombia, la política nacional exigió la creación de entidades públicas autónomas (ESE) y dejó a las municipalidades prácticamente fuera del proceso. En Bolivia, las autoridades locales entregaron distintos grados de autonomía a los hospitales locales, con bastante independencia del gobierno nacional.

En algunos países fuera de los ejemplos estudiados en este proyecto, tales como las Filipinas—los gobiernos locales pueden crear o patrocinar esquemas de seguros sociales. En ninguno de los casos estudiados fue esta autoridad permitida a nivel municipal.

Otra herramienta de administración local para la manipulación de incentivos locales es la habilidad para determinar la forma de pago a los prestadores locales de servicios. En Chile, las municipalidades inicialmente podían pagar a sus empleados y contratantes en cualquiera de las formas contempladas en el Código del Trabajo, hasta que el Estatuto de Atención Primaria reinstaló el mecanismo de remuneraciones para el personal de atención primaria. En Colombia, las municipalidades certificadas pueden pagar los salarios y los bonos, aunque esta alternativa está restringida por acuerdos sindicales a nivel nacional. En Bolivia, las municipalidades no tuvieron jurisdicción sobre las remuneraciones de los funcionarios públicos y no tenían a su cargo la entrega de bonos. Sin embargo, tuvieron la autoridad para pagar a trabajadores contratados bajo los términos del código municipal.

Una importante herramienta utilizada por las autoridades centrales para controlar las decisiones locales, es la habilidad del Ministerio de Salud para definir las normas de servicio y los programas especiales. Estas normas pueden ser un grupo bastante general de prioridades o pueden especificar asignaciones de personal, infraestructura, equipamiento y suministros para tareas y prioridades específicas. En Chile y Colombia, el Ministerio ejerció un importante control a través de normas y exigencias claramente definidas. En Bolivia, la incapacidad del Ministerio para incorporar y ejecutar las normas y exigencias limitó su habilidad para controlar las decisiones locales, lo que en un principio otorgó un amplio rango de alternativas en el país. Sin embargo, con la implementación del Seguro de Salud Materno-infantil, se inició un esfuerzo para definir e introducir normas más exigentes en Bolivia, restringiendo el ámbito de decisión local.

## **ESPACIO DE DECISIÓN SOBRE RECURSOS HUMANOS**

El control local sobre los recursos humanos puede ser una importante forma de mejorar la eficiencia técnica y la calidad del servicio. Si los administradores locales tienen más control sobre su equipo, a través de la entrega de incentivos y de la autoridad para contratar y despedir personal, entonces pueden mejorar la calidad de sus servicios. Esta capacidad, sin embargo, puede ser debilitada por presiones locales para contratar a determinados grupos de empleados, en vez de contratar a los más calificados. En un principio, Chile otorgó el más amplio rango de decisión municipal sobre la determinación de las remuneraciones, y privó a los equipos de atención primaria de salud de las normas que los protegían. Esta alternativa fue severamente restringida por el Estatuto de Atención Primaria, el cual restableció muchas de las normas protectoras de las que gozaban y restableció un rango salarial nacional. En Bolivia y Colombia, no se les dio a los gobiernos locales ningún control sobre las remuneraciones locales o sobre el personal público. Las remuneraciones, las contrataciones y los despidos fueron controlados por autoridades de mayor rango. Sin embargo, en los tres países los gobiernos municipales pudieron contratar personal adicional, pero con algunas restricciones.

## REGLAS DE ACCESO Y ESPACIO DE DECISIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL

Las reglas de acceso para la focalización pueden afectar la manera en que las autoridades locales asignan recursos a los más desposeídos en sus comunidades. Si se les otorga un amplio rango, algunas comunidades pueden innovar y encontrar nuevas maneras de enfocarse en los más desprovistos, aunque otros no hacen ningún esfuerzo para focalizar sus recursos hacia los más necesitados. Mientras Bolivia otorgó un rango moderado de decisión sobre la focalización local antes del Seguro de Salud Materno-Infantil, este acto específicamente focalizó los recursos locales hacia las madres y niños. En Chile y Colombia, las políticas nacionales establecieron el acceso y la focalización, sin la participación de los gobiernos locales.

Evaluar la administración local, es también una manera de estimar el rango de influencia local en los sistemas de salud. Si los gobiernos locales son elegidos, esto constituye un potencial mayor para que las decisiones locales estén en sintonía con las preferencias locales. En Chile, los alcaldes fueron inicialmente designados por el gobierno militar. Sin embargo, después de 1989, los alcaldes fueron elegidos del mismo modo en que habían sido a lo largo del periodo estudiado en Colombia y Bolivia. Las autoridades locales en Chile, también tenían algún rango de decisión sobre la organización su administración de salud local y las directivas de las instalaciones de salud, para lo cual existían tres opciones organizacionales. Sin embargo, en Bolivia y Colombia, los requerimientos organizacionales para esas instancias de administración fueron definidos por ley.

Las decisiones sobre la participación comunitaria fueron dejadas a las municipalidades en Colombia y Chile. En Bolivia, la Ley de Participación Popular otorgó un rol activo a las organizaciones comunitarias (OTBs y ONGs) privando a las municipalidades decidir sobre las formas.

## COMPARACIONES GENERALES

Los cuadros anteriores buscaron entregar una clasificación general de los rangos de alternativas por país. Como se dijo, los rangos de alternativas para cada país son de algún modo subjetivos, y deben ser interpretados con cautela. Además, habría que priorizar las funciones según la tarea a la cual se refieren – por ejemplo, para asuntos de eficiencia, tal vez debiéramos otorgar a las funciones de recursos humanos y de financiamiento más importancia que a la focalización, y para la equidad debiéramos preocuparnos más por la focalización y la participación comunitaria. Entonces, estas clasificaciones sólo pueden ser consideradas como indicadores generales de las diferencias entre países y no deben ser vistas como mediciones cuantitativas.

El Cuadro 3 muestra que en el rango más amplio de alternativas, las municipalidades chilenas tuvieron el mayor número de funciones con un amplio espacio de decisión, y Chile y Bolivia tuvieron un igual número de funciones con espacios de decisión moderados y amplios. Las municipalidades colombianas tuvieron el menor número de funciones con el espacio de decisión moderado o amplio. Sin embargo, puesto que el espacio de decisión en Chile y Bolivia se redujo en el tiempo, y que el número de municipalidades certificadas creció significativamente en Colombia, al final del periodo de investigación, los tres países tenían rangos de espacio de decisión bastante parecidos, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2. Comparación del Espacio de Decisión Total al Final del Periodo de Investigación

Espacio de Decisión Más Reciente			
Colombia	8	6	2
Chile	7	6	3
Bolivia	9	6	1

Existe una tendencia general a otorgar un grado moderado de decisión sobre las funciones principales, tales como la asignación de fondos y la contratación, y un rango más amplio de decisión sobre la administración, mientras que el control sobre los recursos humanos permanece limitado por la ley y los acuerdos sindicales. La democracia y el control sobre las finanzas son los elementos claves para el control de la responsabilidad a nivel local. Al mismo tiempo, las normas, la focalización y los recursos humanos permanecen firmemente controlados por el gobierno central. Mientras los prestadores de servicios de salud sigan organizados en sindicatos y grupos de interés político, tenderán a defender las restricciones que limitan el espacio de decisión local. Los Ministerios de Salud, incluso si se encuentran cambiando desde un papel operacional a uno político, tenderán a conservar el control sobre las normas del sistema. Los mecanismos nacionales de focalización en los más desprovistos también constituyen importantes funciones centrales, incluso en los sistemas federales.

## ALTERNATIVAS E INNOVACIONES

---

¿Qué fue lo que hicieron los gobiernos locales con este rango de decisión otorgado por las leyes de descentralización? Esta sección examina las decisiones tomadas en la asignación de fondos hacia servicios de salud, las decisiones sobre recursos humanos y otras innovaciones en los servicios de salud posteriores a la descentralización.

### DECISIONES DE ASIGNACIÓN

Una de las críticas más importantes a la descentralización ha sido, que permitir a los gobiernos locales asignar sus propios recursos a los servicios sociales básicos genera crecientes desigualdades (Prud'homme, 1995). Las municipalidades con mayores recursos debieran poder aportar más recursos al sector de salud que las comunidades más desprovistas. A la larga, esto conduciría a mayores desigualdades entre municipalidades al momento de descentralizarse un sistema centralizado. Una de las formas en que los gobiernos centrales pueden compensar esta tendencia, es asignando transferencias intergubernamentales en favor de las comunidades más desprovistas – lo que generaría mayores fondos per cápita, centralmente controlados, para aquellas municipalidades que escasean de recursos. Sin embargo, un problema con estas transferencias intergubernamentales, es que pueden llevar a las municipalidades a ser “fiscalmente perezosas,” usando las transferencias intergubernamentales como un sustituto de fondos generados localmente. Los estudios de Chile y Colombia permitieron examinar algunos de estos temas. En Bolivia, la información financiera disponible no permitió decir mucho acerca de las decisiones de asignación.

### Gastos per Cápita en Salud

En Chile, este estudio confirmó la información existente respecto de que, las municipalidades con mayores recursos asignaban mayores fondos per cápita a la salud que las municipalidades más desprovistas.<sup>5</sup> Sin embargo, un análisis más profundo reveló que esto sólo se aplicaba a las municipalidades con más recursos dentro del grupo de las más ricas- un noventa por ciento de las municipalidades gastaron aproximadamente la misma cantidad per cápita, como se muestra en la Tabla 3. Mientras la contribución del gobierno central fue relativamente similar para todos los deciles de ingreso, el decil con las municipalidades de mayores recursos contribuyó cuatro veces per cápita más que las otras. Como veremos a continuación, la habilidad de las municipalidades más desprovistas para entregar fondos suficientes para su contribución local, es una función de un innovador fondo de compensación, el Fondo Común Municipal.

---

<sup>5</sup> Carciofi et al. (1996), Larrañaga (1996) y Duarte (1995) convergen todos en esta conclusión.

Tabla 3. Chile: Gastos Municipales en Atención Primaria de Salud por Beneficiario (1996)\*

DECILES	GASTO TOTAL	CONTRIBUCIÓN DEL GOBIERNO CENTRAL	CONTRIBUCIÓN LOCAL
1 (MÁS POBRE)	14,479.5	10,570.9	3,681.6
2	12,160.8	9,219.7	2,748.1
3	12,205.0	8,701.8	3,543.9
4	12,678.5	9,241.7	3,325.9
5	11,608.2	8,303.1	3,221.5
6	12,286.3	8,178.3	3,754.6
7	13,826.3	9,598.2	3,889.8
8	11,677.5	8,367.7	3,158.2
9	12,231.0	8,638.7	3,121.4
10 (MÁS RICO)	23,496.0	9,479.2	12,808.8

Fuente: Información de Subdere

\*Nota: Promedios por deciles de ingresos municipales

No está claro si esta situación fue simplemente una herencia del período anterior a la descentralización, dado que tanto las instalaciones como los equipos de trabajo se encontraban ya establecidos, así que cuando las municipalidades con mayores recursos asumieron la responsabilidad de financiar estos servicios, les habría sido difícil dejar de apoyarlos.

Sin embargo, cabe destacar que a pesar de las críticas a la descentralización, esta situación de inequidad estaba, de hecho, reduciéndose. La Tabla 4 muestra que la diferencia en el gasto total per cápita entre los más ricos y los más pobres, que era 2,2 veces en 1991, fue reducido a 1,6 veces en 1996.

Tabla 4. Chile: Gastos Municipales per Cápita en Atención Primaria de Salud (1991 and 1996)

DECILES	1991	1996	ÍNDICE 91	ÍNDICE 96
1 MÁS POBRE	6,380.93	14,479.9	100.0	100.0
2	5,975.59	12,160.8	93.7	84.0
3	5,720.30	12,205.0	89.7	84.3
4	4,787.16	12,678.5	75.0	87.6
5	5,413.89	11,608.2	84.8	80.2
6	5,408.82	12,286.3	84.8	84.9
7	6,819.40	13,826.3	106.9	95.5
8	5,653.75	11,677.5	88.6	80.7
9	6,817.58	12,231.0	106.9	84.5
10 MÁS RICA	13,977.76	23,496.0	219.1	162.8

Fuente: Información de Subdere

Nota: Ordenado por deciles de ingreso per cápita 1996

En Colombia, se encontró una dinámica similar, aunque existían algunas diferencias reveladoras. La Tabla 5 muestra las transferencias del gobierno central (externas) e ingresos de fuentes propias por decia de ingreso, ajustados de acuerdo al índice de precios al consumidor para 1997. Las transferencias del gobierno central fueron asignadas por el mismo gobierno central, según una fórmula flexible basada en la

población, y no fueron influenciadas por decisiones locales. A diferencia del caso chileno, la asignación a salud del gobierno central, al menos en los primeros años de la descentralización, no fue uniforme. La diferencia entre la asignación central hacia el decil con mayores recursos fue seis veces mayor que la del decil más pobre en 1994. Profundizando las desigualdades, los gobiernos locales de mayores recursos también contribuyeron con fondos significativamente mayores – 42 veces más que los más desprovistos. En 1995, la situación empeoró y las municipalidades con más recursos contribuyen 70 veces más. Sin embargo, hacia 1997, ambas tendencias se habían revertido. Las transferencias del gobierno central se hicieron mucho más uniformes, como en Chile, aunque aún sin compensar progresivamente a los desprovistos. También, se redujo la diferencia en contribuciones de recursos propios a salud según la ratio entre las municipalidades de más recursos y las de menos, de 70 a 12 hacia 1997.<sup>6</sup>

Tabla 5. Colombia: Ingresos de Fuentes Externas y Propias

DECILES	1994		1995		1996		1997	
	EXTERNA	PROPIA	EXTERNA	PROPIA	EXTERNA	PROPIA	EXTERNA	PROPIA
1 MAS POBRE	7.1	0.2	10.9	0.2	22.4	0.9	54.6	2.1
2	10.7	0.5	12.0	0.8	22.8	1.2	56.2	2.9
3	10.5	1.2	15.3	1.4	25.4	3.2	59.1	7.1
4	14.8	2.2	19.4	2.4	26.6	4.7	54.4	9.6
5	16.9	2.6	24.3	4.3	28.8	7.6	62.4	13.9
6	28.1	4.1	27.1	6.0	38.0	12.8	60.0	18.1
7	24.5	4.1	36.0	7.9	47.2	14.7	67.3	20.3
8	25.7	4.1	41.6	8.0	45.8	13.4	67.3	21.2
9	37.8	6.7	52.4	10.0	56.0	18.1	64.7	23.4
10 MAS RICO	43.4	8.3	58.7	14.0	52.7	21.2	64.6	25.0
PROMEDIO	21.9	3.4	29.7	5.4	36.6	9.8	61.1	14.4
10 <sup>o</sup> /1 <sup>o</sup>	6.11	41.5	5.38	70.0	2.35	23.55	1.18	11.9

Source: MOH

Como se dijo, no fue posible evaluar cómo los aumentos en el espacio de decisión pueden haber afectado este fenómeno en Chile, porque todas las municipalidades respecto de las cuales existía información estaban descentralizadas en igual grado. Sin embargo, en Colombia se pudo evaluar la diferencia entre las municipalidades certificadas, con el espacio de decisión más amplio, y las municipalidades no certificadas, con un espacio de decisión más limitado, como también el efecto de la certificación a nivel de departamentos (o provincias).

La Tabla 6 muestra el análisis de regresión para el gasto total per cápita en salud en las municipalidades colombianas. Las variables independientes incluyeron si las

<sup>6</sup> Se encontraron tendencias similares en el análisis de la asignación de ingresos municipales de fuentes propias a la salud. La asignación de ingresos de fuentes propias a la salud fue relativamente alta—entre 40% y 60% en 1997. Las municipalidades con mayores recursos fueron las que más aportaron al sistema de salud en términos de gastos generales. Sin embargo, el rango entre las municipalidades con mayores recursos y las con menores disminuyó con los años. En 1994, las municipalidades más ricas tenían una ratio 2,37 veces mayor a la de las municipalidades más pobres. En 1997, la ratio entre las municipalidades ricas y las pobres era de 1,25 veces.

municipalidades habían certificadas y por cuanto tiempo habían sido certificadas, si los departamentos de las municipalidades habían sido certificados y por cuanto tiempo, el tamaño de la población municipal, el grado de urbanización, los indicadores de bienestar, el ingreso municipal y las ratios de los recursos humanos.

Estas regresiones muestran que la certificación municipal tuvo un impacto negativo en los gastos totales per cápita en salud en 1996 y 1997.

Tabla 6. Colombia: Regresiones OLS para Gastos Totales per Cápita en Salud, 1994-1997

MODELO #1	1994 (N=1042)		1995 (N=1042)		1996 (N=1042)		1997 (N=1042)	
	COEF	Z	COEF	Z	COEF	Z	COEF	Z
INDICADORES INDEPENDIENTES								
CONSTANTE	6.5932*	9.53	9.1914*	6.90	15.6112*	7.70	-19.595	-1.07
CERTIFICACIÓN MUNICIPAL	-1.5835	-0.29	-2.68742	-0.34	-6.7553*	-3.19	-6.179*	-2.12
CERTIFICACIÓN DEPARTAMENTAL	-4.133*	-3.77	46.4175	1.42	-8.1173*	-2.16	-15.23*	-3.66
MESES DE CERTIFICACIÓN POR DEPARTAMENTO	-.7905*	-5.06	-3.334**	-1.75	-.1638**	-1.52	.25066*	2.13
MESES DE CERTIFICACIÓN POR MUNICIPALIDAD	-.17144	-0.31	-.036901	-0.08	.141438	0.73	.250132	1.19
RECURSOS EXTERNOS	.55744*	12.05	.862389*	8.95	1.59864*	12.81	4.7709*	3.29
RECURSOS PROPIOS	1.3859*	18.91	2.0423*	10.58	2.43916*	14.50	3.4655*	15.64
POBLACIÓN	----	----	----	----	----	----	----	----
% URBANA	.98001	0.66	-2.0047	-0.74	-5.807**	-1.59	-18.34*	-3.75
R <sup>2</sup>	0.4040	----	0.2794	----	0.3354	----	0.3732	----

\*  $|z| > 2.00$  \*\*  $1.5 < |z| < 2.00$

Del mismo modo, la certificación por departamento fue asociada con la disminución del gasto per cápita. Aunque esta información parece sugerir que el ganar un espacio de decisión más amplio contribuyó a aumentar las desigualdades, este efecto probablemente sea temporal. El gran aumento en la certificación durante estos años—95 municipalidades fueron certificadas en 1996 y casi 200 fueron certificadas en 1997—podría haber interferido con los flujos de fondos.

La relación entre el periodo total de certificación departamental y el gasto total, fue negativa y significativa para los años 1994-1996, volviéndose positiva y significativa sólo en el año 1997. Durante el periodo 1994-1996, las municipalidades bajo la jurisdicción de los departamentos que tenían más tiempo certificados, tuvieron un gasto per cápita menor en salud que aquellas municipalidades bajo la jurisdicción de las municipalidades recientemente certificadas. En 1997, se observó la tendencia opuesta; las municipalidades bajo la jurisdicción de departamentos que llevaban más tiempo certificados tuvieron un gasto per cápita mayor en salud.

Del mismo modo, las municipalidades con mayores ingresos de fuentes propias y aquellas con mayores transferencias intergubernamentales (recursos externos) tuvieron mayores niveles de gastos en salud. También se encontró que las municipalidades con una mayor proporción de población rural gastaban más que las municipalidades más urbanizadas.

En Bolivia, los datos nacionales a nivel municipal no permitieron un análisis comparable al análisis de Chile y Colombia. Sin embargo, Gray Molina (1996) encontró que las prioridades distributivas de distintos tipos de municipalidades variaron

considerablemente, con las ciudades capitales asignando US\$ 0.73 per cápita, mientras que todas las demás municipalidades asignaban US\$ 1.70, casi dos veces y media más (Véase la Tabla 7).

Tabla 7. Bolivia: Inversiones Municipales Programadas por Sector (1995)

SECTOR	CIUDADES CAPITALES	OTRAS MUNICIPALIDADES	BOLIVIA
SALUD	2%	6%	3%
EDUCACIÓN	6%	30%	17%
SANITIZACIÓN	15%	20%	17%
URBANISMO	68%	23%	49%
PRODUCCIÓN	9%	21%	14%

De Gray-Molina (1996): p. 6

Los datos provenientes de este estudio sugirieron, en contraste con lo encontrado en Chile y Colombia, que las municipalidades más pobres asignaban un financiamiento per cápita más alto que las otras municipalidades. La Tabla 8 muestra el gasto total en salud per cápita y la ratio del gasto total en salud al gasto general por deciles de ingresos. Dado que los datos bolivianos incluyen inversiones, es posible que las asignaciones no sean uniformes, por causa de los gastos en construcción, pero la tendencia para las municipalidades más pobres (Decil 1) es consistente durante tres años.

Tabla 8. Gasto Per Cápita Total en Atención de Salud por Decil de Ingresos

DECILES	1994	1995	1996
1 más pobre	4.71	11.41	12.74
2	2.16	6.24	6.63
3	2.62	2.95	9.13
4	2.11	3.04	6.03
5	2.62	7.84	6.67
6	1.94	7.11	15.35
7	2.34	6.23	4.31
8	1.90	6.64	9.63
9	2.02	5.74	8.04
10 más rico	1.13	3.90	8.79
Promedio	2.35 (105)	6.10 (189)	8.73 (187)
10 <sup>o</sup> /1 <sup>ero</sup>	0.24	0.34	0.69
# con datos disponible	105/106	189/190	187/187

Fuente: Ministerio de Salud

Sin embargo, del mismo modo que en Chile y Colombia, la diferencia entre los más ricos y los más pobres se está estrechando – desde una ratio de 0,24 en 1994 a una de 0,69 en 1996.

### Pereza Fiscal

Como se dijo, se teme que las transferencias intergubernamentales desde el gobierno central como parte de la descentralización fiscal, desincentiven la

recaudación de ingresos locales o reemplacen los recursos locales en el sector financiado por el gobierno central. Se refiere a este concepto en la literatura como "pereza fiscal." En Colombia se evaluó la relación entre las transferencias intergubernamentales y los ingresos de fuentes propias, para ver si esas municipalidades que recibían más fondos externos tenían menos iniciativa para aumentar sus propios fondos en el sector de la salud.

La "pereza fiscal" se definió como los ingresos por transferencia intergubernamental menos los ingresos de fuentes propias, dividido por los ingresos externos más los ingresos de fuentes propias  $(E-O)/(E+O)$ . Se utilizó esta ratio porque mostraba cómo la contribución local variaba según los aumentos y disminuciones del financiamiento externo e interno. Por ejemplo, una municipalidad que recaudaba menores ingresos internos después de recibir más recursos externos, mostró un índice más alto de pereza fiscal que una municipalidad que no recaudaba menores ingresos internos después de recibir más recursos externos. La Tabla 9 muestra que las municipalidades con menores ingresos tendían a mostrar una mayor pereza fiscal que las municipalidades con mayores recursos, y que la diferencia entre las municipalidades ricas y pobres disminuyó durante los cuatro años.

Tabla 9. Colombia: Pereza Fiscal por Decil de Ingreso

DECILES	1994	1995	1996	1997
	$(E-O)/(E+O)$	$(E-O)/(E+O)$	$(E-O)/(E+O)$	$(E-O)/(E+O)$
1	0.98	0.95	0.91	0.91
2	0.96	0.94	0.92	0.89
3	0.88	0.88	0.87	0.83
4	0.83	0.83	0.79	0.76
5	0.79	0.76	0.70	0.68
6	0.74	0.69	0.58	0.59
7	0.75	0.62	0.54	0.56
8	0.73	0.66	0.55	0.53
9	0.69	0.65	0.49	0.51
10	0.65	0.53	0.42	0.46
PROMEDIO	0.80	0.75	0.67	0.67
10 <sup>o</sup> /1 <sup>ero</sup>	0.66	0.56	0.46	0.51

Fuente: DNP

También se evaluó si el aumento en espacio de decisión que era parte de la certificación se relacionaba con la pereza fiscal. La Tabla 10 muestra los resultados de la regresión para el indicador dependiente "pereza fiscal," definido anteriormente. En cuanto más grande y positivo el coeficiente, más perezosa fiscalmente la municipalidad, con una tendencia a usar más ingresos externos y generar menos ingresos internos.

Tabla 10. Colombia: Regresiones OLS para Pereza Fiscal, 1994 - 1997

MODELO #1	1994 (N=944)		1995 (N=951)		1996 (N=971)		1997 (N=1039)	
INDICADORES INDEPENDIENTES	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z
CONSTANTE	.9116*	67.14	.9053*	57.231	.9030*	48.30	.9211*	63.12
CERTIFICACIÓN MUNICIPAL	.1598	1.11	.1360	1.435	-.0734**	-1.68	-.0194	-0.85
CERTIFICACIÓN DEPARTAMENTAL	-.0779*	-2.98	.4737*	7.090	-.0782*	-2.37	-.1489*	-6.16
MESES DE CERTIFICACIÓN POR DEPARTAMENTO	-.0323*	-8.15	-.0436*	-11.67	-.0071*	-5.28	-.0039*	-4.56
MESES DE CERTIFICACIÓN POR MUNICIPALIDAD	-.028**	-1.99	-.0152*	-2.93	-.0035	-1.25	-.0057*	-4.27
POBLACIÓN	-.0005	-0.94	-.0015**	-1.87	-.0015*	-2.10	-.0011*	-2.73
% URBANA	-.0650*	-2.06	-.1332*	-3.82	-.1900*	-4.54	-.1483*	-4.64
R <sup>2</sup>	0.2725	----	0.3552	----	0.2464	----	0.3451	----

\* |z| >2.00 \*\* 1.5 < |z| < 2.00

La certificación municipal fue positiva (lo que quiere decir que las municipalidades certificadas tal vez sean más fiscalmente perezosas), pero no fue un determinante significativo de la pereza fiscal en 1994 y 1995. Sin embargo, en 1996, la certificación municipal estuvo significativa y negativamente relacionada a la pereza fiscal, implicando que las municipalidades certificadas eran menos perezosas. Aunque no de un modo significativo, esta misma relación aparece en 1997.

La certificación departamental fue un determinante significativo de pereza fiscal en todos los años, comenzando negativa en 1994, volviéndose positiva en 1995, y volviendo a ser negativa en 1996 y 1997. Esta tendencia sugiere que las municipalidades cuyos departamentos fueron certificados, fueron menos perezosas en 1994, se volvieron más perezosas en 1995, y volvieron a ser menos perezosas en 1996 y 1997. La antigüedad de la certificación departamental y municipal fue un determinante negativa y significativa de la pereza fiscal.

Estos resultados sugieren que el espacio de decisión aumentado generado por la certificación en general, no colaboró a la pereza fiscal. De hecho, es asociado con un aumento de las contribuciones locales, y entre más tiempo han permanecido certificados las municipalidades y los departamentos, menor es su tendencia a ser fiscalmente perezosas.

La configuración de los datos en Chile no permitió examinar los mismos indicadores que en Colombia. Sin embargo, se observó un fenómeno similar. El estudio chileno, encontró que las municipalidades que eran los únicos prestadores de salud de su territorio, tendían a asignar más recursos per cápita a sus poblaciones objetivas que las municipalidades donde las direcciones regionales del Ministerio de Salud también prestaban servicios- principalmente clínicas ambulatorias. Esto podría indicar un efecto sustitución en el que los servicios centrales reemplazan a los servicios municipales, permitiendo a las municipalidades asignar sus recursos a otros sectores – una forma de “pereza fiscal” que será discutida en otros contextos.

La Tabla 11 muestra los datos distributivos de seis tipos distintos de prestaciones de atención primaria. Los grupos 1 y 2 son centros de salud rural, grupos 3 y 4 son postas de salud rural y Grupos 5 y 6 son centros de salud urbanos. Grupos 1, 3 y 5 son

municipalidades que son sólo responsables por la atención primaria de su población. Para los Grupos 2, 4 y 6 además de las instalaciones municipales, existen instalaciones de atención primaria otorgadas por las instituciones regionales del Ministerio de Salud. En las municipalidades donde hay una responsabilidad compartida, las asignaciones municipales son focalizadas hacia la población a la cual atienden. En otras palabras, el Ministerio ha desarrollado una fórmula para evaluar la población que debiera ser atendida por las autoridades municipales y la población que permanece como responsabilidad del Ministerio.

Tabla 11. Chile: Porción de los Ingresos Municipales de Salud por Tipo de Municipalidad, 1996

GRUPO	CONTRIBUCIÓN DEL GOBIERNO CENTRAL	CONTRIBUCIÓN LOCAL	OTROS INGRESOS
1 CENTRO RURAL- SÓLO MUNICIPAL	0.64	0.28	0.03
2 CENTRO RURAL – CON INSTALACIONES CENTRALES	0.67	0.21	0.03
3 POSTA RURAL- SÓLO MUNICIPAL	0.60	0.32	0.04
4 POSTA RURAL - CON INSTALACIONES CENTRALES	0.69	0.18	0.04
5 CENTRO URBANO - SÓLO MUNICIPAL	0.49	0.37	0.08
6 CENTRO URBANO - CON INSTALACIONES CENTRALES	0.63	0.25	0.05

Fuente. Información de Subdere y Minsal, base de datos

La Tabla 11 muestra que a pesar de que la contribución del gobierno central permanece relativamente similar en todos los grupos, esas municipalidades que son sólo responsables por sus servicios de salud (por ejemplo, los grupos 1, 3 y 5 donde no existe un Servicio prestador de servicios de salud) tienen más contribuciones locales que aquellas que comparten la responsabilidad con los Servicios. Este resultado, sugiere que en Chile el fenómeno de "pereza fiscal" no se relaciona a los fondos proporcionados por el gobierno central al gobierno local, pero sí se relaciona a la existencia de instalaciones de atención de salud primaria financiadas por el gobierno central.

### El Fondo de Compensación Chileno: Innovación para la Equidad

Una de las principales innovaciones que el proceso de descentralización en Chile introdujo fue el Fondo Común Municipal. Este fondo de compensación horizontal, establecido bajo el gobierno militar, recibe hasta un 60% de los ingresos internos de las municipalidades con más recursos y lo redistribuye hacia las otras municipalidades según una fórmula per cápita ajustada a los índices de ruralidad y capacidad de generación de ingresos. Este fondo constituye la mayor parte de los fondos para todas las municipalidades, con excepción de la municipalidad con mayores recursos, promediando un 60% de todos los ingresos internos. Es este instrumento redistributivo el que ha permitido a las municipalidades más desprovistas asignar una cantidad per cápita similar a salud, como lo muestra la Tabla 5. Las cifras en la Tabla 12 muestran la diferencia en los fondos per cápita antes y después de las asignaciones provenientes el Fondo Común Municipal. La segunda columna de la Tabla 12 presenta el ingreso municipal per cápita después de la contribución del Fondo Común Municipal

(FCM). Como puede observarse, la contribución incrementa considerablemente la cantidad de recursos disponibles para aquellas municipalidades con menos ingresos propios. En particular, cabe destacar que para el decil del menor ingreso interno, la cantidad de recursos disponibles por habitante se incrementó en casi diez veces. Además, la distribución total de los recursos entre las municipalidades resulta bastante equilibrada: el coeficiente Gini (un indicador común de inequidad) se redujo a 0,30 desde un nivel inicial de 0,45.

Tabla 12. Chile: Ingresos Municipales Disponibles por Habitante: Estadísticas de Distribución (1996)

	INGRESOS ANTES DEL FCM	INGRESOS DESPUÉS DEL FCM
Promedio	24,646	40,823
Término de medio	17,437	30,984
coeficiente de Variación	1.22	0.70
Coeficiente Gini	0.45	0.30
90/10	6.68	3.22
50/10	2.76	1.40
75/25	2.31	1.73
# Observaciones	317	317

Fuente: Información de Subdere

Como se dijo (las Tablas 5 y 7), las autoridades centrales en Chile y, después de un periodo inicial, en Colombia, no están usando las transferencias intergubernamentales para compensar la capacidad local de generación de ingresos. Las transferencias tienden a basarse en una fórmula per cápita que no considera las diferencias en la habilidad municipal para aportar fondos locales. Sin embargo, el mecanismo por el cual el ingreso municipal es redistribuido horizontalmente entre municipalidades parece haber jugado un importante papel en la promoción de la equidad financiera entre las municipalidades.

### Porcentajes Afectos a la Salud

El segundo mecanismo de equidad utilizado en Colombia y Bolivia, parece haber sido efectivo en aumentar las asignaciones per cápita a salud. Este mecanismo de afectaciones "forzó" a los gobiernos locales a asignar un porcentaje de las transferencias intergubernamentales a salud. En Colombia, existían dos flujos de transferencias intergubernamentales, cada uno con un porcentaje "forzosamente" asignado a la salud. El porcentaje dependía de varios indicadores municipales de tamaño e ingresos. En Bolivia, todas las municipalidades asignarían un 3,2% de su transferencia intergubernamental a suministros y equipamiento para un paquete específico de beneficios para madres y niños. Puesto que la fórmula para asignar los fondos a las municipalidades se basó en parte en una estimación per cápita, este mecanismo resultó en una asignación más equitativa a la salud entre las unicipalidades.

## **Financiamiento Compartido**

Un mecanismo que el gobierno central puede usar para incentivar que las autoridades locales asignen recursos locales a prioridades centrales, es ofreciendo un financiamiento compartido si la municipalidad local entrega sus propios fondos como una porción del costo total del servicio. Este mecanismo reduce la pereza fiscal y promueve las prioridades del gobierno central sin la necesidad de forzar al gobierno local. En este sentido los fondos para los financiamientos compartidos son incentivos para los gobiernos locales. Este mecanismo no fue de uso común en los tres países estudiados, pero se encontró un claro ejemplo en la provincia de Ñuble en Chile.

Ñuble se compone de ocho municipalidades, todas las cuales asumieron el control de sus instalaciones de atención de salud primaria hacia 1989. En 1995, seis de las ocho municipalidades formaron una asociación para combatir la pobreza en el área. Recibieron un aporte de US\$500,000 del Ministerio de Salud para un proyecto de tres años que intentaría entregar una solución cooperativa para resolver los principales problemas de salud en el área. Hacia 1997, las ocho comunidades se encontraban asociadas. El plan integral de salud desarrollado por la asociación se focalizó en el desarrollo comunitario, con un énfasis en las áreas de extrema pobreza. Su objetivo era el mejoramiento general de la salud, las condiciones de vida y la capacidad de administración local. La administración de la asociación está en manos de un directorio integrado por seis de los alcaldes, un representante de cada comunidad y un Presidente del directorio.

Para crear y apoyar a la Asociación de Municipalidades, el Ministerio de Salud utilizó un mecanismo de financiamiento compartido para incentivar a las ocho municipalidades a desarrollar un Plan Integral de Salud. El Ministerio estableció un aporte inicial para inversiones urgentes y un fondo para proyectos basados en diagnósticos e iniciativas locales. Este fue un financiamiento compartido en el que el ministerio central entregó M\$201,246, y la Asociación entregó M\$30,500 en 1997. En adición, para ciertas actividades específicas, las municipalidades entregaron fondos adicionales provenientes de sus propios recursos. El financiamiento compartido y los fondos locales, financiaron la rehabilitación, la compra de equipamiento y vehículos, programas oftalmológicos y odontológicos, capacitaciones y la creación de Comités de Salud Local para actividades de participación comunitaria. El financiamiento compartido cubrió alrededor de 60% de los costos. El programa de financiamiento compartido produjo un aumento en los fondos locales para la salud.

El Plan Integral de Salud no llegó a desarrollar una forma general de planificación y programación de actividades, sino que se focalizó en actividades colectivas financiadas a través del financiamiento compartido. Una vez que se terminó el financiamiento central, las actividades coordinadas disminuyeron, lo que sugiere los límites de sustentabilidad de esta clase de incentivo.

## **Asignaciones en el Sector de la Salud: Promoción y Prevención**

Un tema reciente en la descentralización, es el de sus implicancias en los programas prioritarios de salud pública. Muchos temen que las autoridades locales prefieran servicios clínicos curativos para los enfermos en vez de asignar mayores recursos hacia la salud pública – salud maternal e infantil, inmunizaciones, planificación familiar, etc. En particular, cuando los alcaldes tienen el control sobre las decisiones

distributivas, estas se ven influenciadas por las presiones del electorado, médicos y hombres de negocios relacionados a la construcción. Se examinó este tema en Colombia, pero no fue posible en Chile porque las municipalidades sólo eran responsables por la atención de la salud primaria. Su rango de decisión sobre las asignaciones en el sector de la salud era limitado y no existían datos disponibles para evaluar las asignaciones a diferentes tipos de servicios. De nuevo, no se obtuvo la información adecuada para evaluar las asignaciones en Bolivia, aunque la falta de financiamiento para la salud en el año anterior del Seguro de Salud Materno-Infantil indica que las municipalidades bolivianas tuvieron otras prioridades.

En Colombia, se obtuvieron datos sobre gastos municipales asignados a las actividades de promoción y prevención y se intentó predecir la porción de gastos en salud asignada a la promoción y prevención (PPE) a través de una serie de indicadores independientes que incluían indicadores de certificación. Se encontró una tendencia general a un aumento en el gasto per cápita en prevención y promoción. Este gasto aumentó más del doble, de 2,67 pesos per cápita en 1994 hasta 5,83 en 1997 (ajustado a pesos del año 1997). La diferencia entre las municipalidades con mayores y menos recursos, sin embargo, disminuyó de una ratio de 1,35 en 1994 a una de 1,10 en 1997 (Anexo1. Tabla 1). El análisis regresivo mostró que la certificación municipal se relacionaba a gastos per cápita menores en promoción y prevención para 1994 y 1995 y fue positivo para 1997 (Anexo 1. Tabla 2).

La antigüedad de la certificación municipal fue un determinante positiva y significativa del PPE per cápita en todos los años excepto 1994. La certificación departamental fue negativa y significativa en todos los años excepto 1995. Esto demostró que aquellas municipalidades bajo la jurisdicción de departamentos certificados asignaron menos al PPE per cápita que aquellas municipalidades bajo la jurisdicción de departamentos no certificados. De todos modos, estas tendencias no fueron fuertes y los indicadores independientes en las regresiones dieron razón de menos del 10% de la variabilidad.

## **DECISIONES SOBRE RECURSOS HUMANOS**

Adicionalmente a las decisiones distributivas, los gobiernos locales en Chile y Colombia (pero no en Bolivia) recibieron algún rango de decisión sobre recursos humanos. Los datos sobre recursos humanos, sin embargo, aunque limitados en ambos países, fueron suficientes para examinar algunos de los temas. En Chile se obtuvo información sobre renumeraciones y horas médicas contratadas. En Colombia, se obtuvo información sobre las ratios de administradores a prestadores.

En Chile, los datos nacionales sobre recursos humanos indican que las municipalidades con mayores recursos eran capaces de contratar cuatro veces más horas médicas por beneficiario en comparación a las municipalidades más desprovistas (Véase Anexo 1. Tabla 3). Las reenumeraciones de los médicos, sin embargo, resultaban más equitativas. Se encontró una mediana de aproximadamente US\$1500 mensuales en 1994 y una ratio entre las municipalidades con mayores y menores recursos que fue de 1,8 veces, con un coeficiente Gini de sólo 0,17. También se encontró que las reenumeraciones rurales eran más altas que las urbanas, sugiriendo que el proceso de descentralización había forzado a las áreas rurales a entregar reenumeraciones más altas para retener o atraer médicos. Esto parece ser un resultado de la descentralización porque, hasta 1996, las municipalidades podían determinar las remuneraciones libremente, y sin embargo, estas eran uniformes antes de la descentralización.

En Colombia, se compararon el número de horas clínicas y administrativas disponibles en las municipalidades. Además, se evaluó la proporción que se encontraba bajo las reglas de manejo de funcionarios público y por tanto menos sujeta al control administrativo local, y aquellas que fueron contratadas por las autoridades locales. Los datos muestran que la porción de recursos humanos bajo contrato es baja, pero en aumento respecto del equipo administrativo y clínico. Aunque las municipalidades más desprovistas contrataban más personal adicional que las municipalidades con más recursos, esta diferencia disminuyó en el tiempo (Anexo 1. Tablas 4 y 5). El análisis regresivo mostró que la certificación municipal no afectó la contratación de personal administrativo. Sin embargo, fue importante en determinar la proporción entre el personal adicional contratado y los funcionarios públicos (Anexo 1. Tabla 6). Durante los primeros dos años (1994-1995), las municipalidades certificadas contrataron menos personal adicional que las municipalidades no certificadas, pero después del importante aumento en la certificación, aquellas que estaban certificadas contrataron más personal adicional que las que no certificadas. Además, aquellas municipalidades que llevaban más tiempo certificadas contrataban más personal adicional. También se encontró que aquellas municipalidades que aportaron más de sus ingresos propios a la salud tendían a contratar más personal adicional. En general, la certificación se vio relacionada a la contratación de personal adicional, lo que no es sorpresa si se entiende que la certificación significa un mayor control administrativo por parte de las municipalidades.

## **INNOVACIONES EN LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS**

Los datos nacionales no permitieron un análisis profundo de las decisiones sobre la organización tomadas por las autoridades locales. Sin embargo, los estudios en terreno en Chile y Bolivia entregaron alguna información sobre estas decisiones.<sup>7</sup> El estudio del caso colombiano entregado por Yepes no trató este tema en detalle.

---

<sup>7</sup> En Chile, un experimentado investigador del sector de la salud se entrevistó con los actores en cinco municipalidades seleccionadas en parejas. En Bolivia, debido a insuficiencia de los datos se implementó un programa de encuestas más sistemático por equipos de dos encuestadores en el sector de la salud con guías de entrevista semi-estructuradas y un sistema de puntuación sistemático. Se entrevistaron con los actores en 17 municipalidades en tres circuitos regionales.

## Chile

En Chile, las innovaciones en los servicios tendieron a focalizarse en la administración de estos más que en cambios significativos en la organización de las instalaciones y programas de la atención primaria. Es posible que esto se deba al legado histórico de un sistema nacional fuertemente regulado. Es también posible que se deba a un activo papel de las direcciones regionales del Ministerio de Salud en el monitoreo y coordinación de los servicios técnicos; sin embargo, los hechos sugieren que esta función varió de región en región.

Analizando los casos en parejas, se buscó evaluar una característica única del caso chileno, la existencia de varias municipalidades que permanecían bajo el control central. Se esperó poder utilizar estas municipalidades como un grupo de control para comparar a las municipalidades centralizadas con las descentralizadas. Sin embargo, surgieron dos obstáculos. Primero, no existían datos municipales comparables para las instalaciones centralmente controladas, dado que los presupuestos centrales no se encontraban desagregados al nivel municipal. Segundo, en dos de tres áreas donde el gobierno central es responsable por la prestación de todos los tipos de atención primaria (Santiago, Maipú y Aysén), los gobiernos locales en las municipalidades con mayores recursos destinaron recursos a la atención de salud primaria aunque no eran legalmente responsables por ellas. En Santiago y Maipú los gobiernos locales asignaron fondos adicionales, y en un caso, el personal y clínicas municipalmente administrados en adición a los servicios regionales prestados por el Ministerio de Salud. En este caso, las iniciativas municipales fueron tal vez sólo una "imitación" de lo que las otras municipalidades hicieron.

Otra innovación en organización fue el caso de las dos regiones extremadamente pobres, Aysén y Ñuble, donde las pequeñas municipalidades rurales no pudieron asumir la completa responsabilidad sobre su propio sistema de atención primaria. Una población dispersa, un terreno difícil y la escasez de ingresos propios, significaron que los recursos financieros transferidos a través de los fondos del gobierno central fueran insuficientes para mantener sus servicios. La respuesta a esta situación en las dos áreas fue, sin embargo, distinta. En Aysén, por iniciativa de la Dirección Regional del Ministerio de Salud, las municipalidades sumaron fuerzas para insistir en que el Ministerio devolviese el control a la Dirección local. En este caso, la recentralización de los servicios de salud llevó a la recuperación del buen desempeño previo. La respuesta en Ñuble consistió en crear una Asociación de Municipalidades, iniciada y subsidiada por el Ministerio de Salud. Aunque las municipalidades no iniciaron ni financiaron la asociación (a la cual eran renuentes), el mecanismo eliminó la necesidad de recentralizar los servicios.

El problema fundamental pareció ser, la necesidad de ajustar la transferencia intergubernamental de modo que suficientes recursos estuviesen disponibles para las municipalidades, dado que sus necesidades financieras eran mayores que las de otras municipalidades, y su base de recursos era insuficiente para que la contraparte local asumiese el total de la diferencia.

La participación de la comunidad local parece haber incentivado a la Municipalidad de Santiago a prestar sus propios servicios, aunque no se encontraba legalmente obligada a hacerlo. La participación comunitaria también parece haber sido crucial respecto de importantes asignaciones en salud en la segunda ciudad más grande de Chile, Concepción, donde los médicos también eran políticos locales y lograron

aumentos significativos en el financiamiento local de los servicios de salud. Como se dijo, en Ñuble, los comités comunitarios locales fueron eficaces en convencer a las autoridades municipales para que aumentaran la asignación de fondos para actividades especiales a través de un programa de financiamiento compartido. Los mecanismos locales de participación comunitaria directa en las instalaciones de salud parecieron funcionar más a nivel operacional.

En varios casos, una de las principales innovaciones fue el uso de contratos entre las mismas municipalidades o entre las municipalidades y las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud, para aumentar la eficiencia y combinar recursos para mejorar el servicio. En un caso, esta cooperación fue el resultado de un financiamiento compartido con el gobierno central que resultó en un incremento en las asignaciones locales en salud.

## **Bolivia**

En Bolivia algunas de las innovaciones fueron similares a las innovaciones en administración llevadas a cabo en Chile, pero otras fueron innovaciones en la manera de prestar el servicio. Con todas las muestras obtenidas por nuestros estudios, se contabilizó el número de municipalidades que adoptaron una serie de innovaciones. En el área de prestación de servicios, estas innovaciones incluyeron:

- El establecimiento de una farmacia general en las clínicas públicas (en 10 de entre 17 municipalidades);
- La coordinación con otras municipalidades para combinar recursos y servicios (2 de 17)
- La coordinación y contratación con ONGs y otros prestadores privados para prestar servicios municipales (8 de 17)
- La implementación de acuerdos financieros para pacientes de otras municipalidades (9 de 17)
- Subsidios especiales para pacientes pobres (10 de 17); programas especiales para aumento de la cobertura, tales como visitas puerta a puerta (5 de 17); y
- El aumento de la comunicación e información (4 de 17).

Adicionalmente, algunas comunidades innovaron en las prácticas de contratación, con 7 municipalidades contratando médicos directamente aunque era una función del Ministerio, y 5 municipalidades contratando su propio personal administrativo.

Estas innovaciones sugieren que la descentralización está permitiendo a las municipalidades desarrollar sus propias soluciones para los típicos problemas de prestación de servicios y recursos humanos – aumentando el número de farmacias, implementando servicios para los más necesitados y entregando subsidios a los pobres. También son innovadores en términos de desarrollar nuevos esquemas organizacionales tanto entre municipalidades, para la creación y coordinación de mecanismos compensatorios intermunicipales, como en la municipalidad con las ONGs y otros prestadores privados.

## CONDICIONES Y RELACIONES LOCALES

Muchos observadores de la descentralización sostienen que su efectividad depende de las capacidades locales y de las relaciones entre los actores a nivel local. Las municipalidades con instituciones fuertes y experiencia en la administración de iniciativas del sector social, aprovechan más la descentralización y son más capaces de tomar decisiones informadas y racionales dentro de su espacio de decisión. Además, se esperaría que las municipalidades con buenas relaciones internas entre actores experimentados y capaces obtuviesen mejores resultados. Se esperaría que aquellas comunidades sin estas condiciones mostraran peores resultados bajo un esquema de descentralización. Estas condiciones, entonces, pueden afectar negativamente la equidad del sistema en formas que no lo harían los sistemas centralizados. Se buscó examinar estas proposiciones en los tres países, con distintos grados de éxito.

### Chile

En Chile se compuso un indicador de la capacidad institucional. Se obtuvieron datos sobre la habilidad de las municipales para inscribir su población en un programa de pago per cápita. Se obtuvieron datos sobre las tasas de inscripción en las clínicas municipales en relación a la población de beneficiarios estimada. Se encontró que las tasas de inscripción más altas se relacionaban con una mayor utilización de la atención primaria. En otras palabras, la inscripción y utilización pueden juntas indicar altos niveles de capacidad institucional. También se encontró que la relación es más fuerte para las municipalidades donde las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud también prestaron servicios de atención primaria y que las municipalidades con una proporción más pequeña de población vulnerable presentan mayores índices de inscripción.

Estos resultados surgieron que el indicador de capacidad institucional estuvo probablemente relacionado con uno de los indicadores de desempeño – las tasas de utilización – y no con otro indicador de desempeño. No está claro, sin embargo, cuál es la causa, dado que la mayor utilización puede llevar a una mayor inscripción, al margen de la efectividad de la capacidad municipal. Alternativamente, ambos, la mayor inscripción y la mayor utilización, podrían indicar una mayor capacidad institucional. Sin datos alternativos para medir la capacidad institucional, no se pudo examinar estas hipótesis.

Los casos tampoco entregaron una manera sistemática para evaluar la capacidad institucional. Sin embargo, sugirieron que las municipalidades con mayor participación local eran más susceptibles de adoptar nuevas iniciativas en salud, que fueron percibidas como positivas por los entrevistados.

### Colombia

En Colombia, las municipalidades eran responsables de implementar una encuesta estandarizada para identificar a la población pobre que calificaba para un subsidio del programa de seguridad social. Desafortunadamente, sus datos no se encuentran en una forma que permita evaluar la capacidad local para implementar un programa de inscripción, como en el caso de Chile. Los datos muestran que las municipalidades certificadas y aquellas con grandes poblaciones tenían un mayor número de

beneficiarios que calificaban para un subsidio, pero no indica si esto era una función de inscripción efectiva, dado que, a diferencia de Chile, no se obtuvieron estimaciones sobre el probable índice. No se obtuvieron otra información para evaluar la capacidad local y las interrelaciones de los actores principales en Colombia.

## **Bolivia**

En Bolivia se evaluó la capacidad institucional a través de una variedad de indicadores en las 17 municipalidades estudiadas y se examinaron las relaciones entre los distintos actores en el sector de la salud local. Se relacionaron estos índices a indicadores de desempeño que incluían la eficiencia distributiva, eficiencia técnica, utilización, calidad y equidad.<sup>8</sup> El análisis primero evaluó la capacidad instalada antes de la descentralización, la experiencia en atención de salud de la municipalidad y el número de formas alternativas de atención de salud disponibles para la municipalidad. Se postuló que una municipalidad con una mayor capacidad instalada (en términos de infraestructura, equipamiento, habilidad de recursos humanos), como también de experiencia previa en la prestación de atención de salud e instalaciones de atención de salud más funcionales (generando mayores expectativas en comodidad y atención), resultaría ser una municipalidad mejor preparada. La disponibilidad de formas alternativas de atención de salud, en términos de fácil acceso (distancia y costo) a centros de salud de otras municipalidades, a servicios privados, y/o medicina tradicional, pudo haber sido un factor que limitó la asignación de recursos para salud, disminuyó la utilización y deterioró la calidad de los servicios.

El indicador que caracterizó a la capacidad instalada mostró un cierto grado de polarización. Cincuenta y tres de los casos cayeron en el nivel más bajo de capacidad instalada mientras que el 35% de los casos cayó en el nivel más alto y/o apropiado. En términos de experiencia, 11 de los 17 casos fueron evaluados con niveles bajos o limitados, y cinco de los restantes seis obtuvieron un alto nivel de experiencia. La experiencia y la capacidad instalada estuvieron relacionadas entre sí, mostrando una mejor relación en municipalidades con mayor capacidad instalada. Un número importante de municipalidades, 11 de 17, tuvieron formas alternativas de atención de salud. La disponibilidad de formas alternativas de atención de salud fue negativamente correlativa a la disponibilidad de las prestadas por otras organizaciones (principalmente personas), cuando las DILOS no existían. Esto implicó que cuando

---

<sup>8</sup> La eficiencia asignativa fue definida como la sincronía percibida de las prioridades municipales con las preferencias de la población local como también la relación entre las inversiones, las necesidades y los recursos disponibles. La eficiencia técnica fue definida en términos de proporciones de personal de salud, disponibilidad de suministros médicos, la calidad mínima de los inputs y el nivel de los servicios básicos prestados. La utilización fue definida por el número de visitas, el número de personas que tuvieron acceso a los servicios y los tipos de servicios prestados. La calidad fue definida en términos de los cambios observados en relación con la disponibilidad y condiciones de infraestructura; la disponibilidad de equipos e instrumentos; el nivel de diversidad de los recursos médicos, la disponibilidad y la oportunidad; y el número y calificación del personal de atención de salud disponible. La equidad se definió como un cambio hacia más servicios de atención primaria y un aumento en la accesibilidad de estos servicios para los pobres y los grupos vulnerables.

existían formas alternativas de atención de salud, la población tenía un incentivo para apoyar las DILOS. Finalmente, el nivel de experiencia mostró una pequeña correlación con el nivel de funcionamiento de las DILOS, implicando que las DILOS funcionan mejor en municipalidades que tienen un cierto nivel de experiencia en atención de salud. Sin embargo, estas características institucionales previas a la descentralización no mostraron ninguna correlación significativa con los indicadores del desempeño o capacidad resolutive.

Luego se examinó la capacidad actual, medida por la efectividad percibida de la Dirección de Salud Local (DILOS) en la coordinación de las actividades de salud en la municipalidad. Esta medición fue correlativa con las mediciones de eficiencia en la prestación de servicios (la eficiencia técnica) y con la equidad (véase la sección siguiente para el análisis de estos indicadores). Sin embargo, también se encontró que el nivel de funcionamiento de las DILOS era correlativo con las características individuales del alcalde y del médico (véase adelante) y la relación entre ellos. Esto sugiere que la capacidad institucional de las DILOS no dependió tanto en la institución misma sino que de las características individuales y relaciones establecidas. Esto es consistente con la interpretación que en ambientes institucionales frágiles, el liderazgo local es un factor determinante del desempeño.

Luego se examinaron las características de los actores – el alcalde y el médico local. Se evaluaron sus niveles de experiencia, conocimiento de la ley, respeto a la ley e iniciativa. Se encontró una importante variación en las evaluaciones para los alcaldes; el conocimiento de la ley tiene la peor evaluación y la experiencia tiene la mejor evaluación.

El conocimiento de la ley mostró una pequeña correlación con la eficiencia distributiva (0,556). Esto implicó que aquellos alcaldes que tenían mayor conocimiento de sus obligaciones legales en relación con la salud asignaron mayores recursos a la salud, habían intentado mejorar la combinación de los recursos (la relación entre la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos), habían adoptado mecanismos de compensación intermunicipales (pagando por los servicios recibidos en otras municipalidades por residentes de su municipalidad y viceversa) y habían intentado considerar las prioridades de su población. Las dos características del alcalde que mostraron la correlación más fuerte con los indicadores de desempeño fueron aquellos relacionados a la ley (“respeto por” más que “conocimiento de”) y su nivel de iniciativa. En términos de respeto por la ley, una significativa correlación (superior a 0,70) fue encontrada en tres de los cinco indicadores de desempeño, eficiencia distributiva de los recursos, eficiencia técnica y calidad. En términos de la iniciativa del alcalde, se encontró una significativa correlación con la eficiencia distributiva, y se encontró una alta correlación con los otros cuatro indicadores de desempeño.

Estos resultados llevan a dos importantes conclusiones. La primera, fue que en general, cuando las leyes establecidas por la descentralización fueron entendidas y correctamente aplicadas, generaron resultados positivos. La segunda conclusión fue que la iniciativa personal del alcalde se relacionó a resultados positivos. Llevando esta segunda conclusión un paso más adelante, se puede decir que, incluso con un débil sistema institucional, la creatividad del alcalde podría ayudar a confrontar las debilidades a nivel local.

Aunque se examinaron las características individuales del médico local y se encontraron variaciones similares a las encontradas con los alcaldes, se encontró sólo una relación significativa entre estas características y variables de desempeño. Los médicos señalados por tener una mayor "sensibilidad social" se asociaron con mayor utilización, eficiencia distributiva y equidad. La correlación con la eficiencia distributiva implicó que una municipalidad que tenía un médico más sensible socialmente podría priorizar mejor sus necesidades de atención de salud. La fuerte asociación entre la sensibilidad social y la utilización implicó que una municipalidad con un médico que tenía un cierto nivel de sensibilidad social tendría una población con una mayor confianza en los servicios de atención de salud. En términos de equidad, una municipalidad más sensible tendió a organizar sus sistemas de salud a favor de la población más desprovista.

El estudio también examinó cuatro tipos diferentes de relaciones entre actores claves: 1) la relación entre el alcalde y la comunidad, 2) la relación entre el alcalde y el médico local, 3) la relación entre el médico local y la comunidad, y 4) la relación entre el alcalde y el consejo municipal. La relación alcalde-comunidad se definió por el apoyo de la comunidad (número de votos y apoyo posterior), si él/ella consultó a la población acerca del Plan Operacional del municipio, y la existencia de actitudes negativas de la población en relación con los actos del alcalde. La relación alcalde-médico se evaluó según la regularidad de los pagos compensatorios y los pagos por servicios de salud, y la comunicación entre el personal de atención de salud y el alcalde respecto de ciertos temas de salud (la situación, las necesidades y las prioridades). La relación médico-comunidad se evaluó según aspectos tales como la fluidez de la comunicación (si el médico hablaba el lenguaje nativo del área), la disponibilidad (número de visitas a hogares hechas y horas disponibles para visitas), respeto por los costumbres de la zona y sensibilidad social. Finalmente, la relación alcalde-consejo se evaluó según la frecuencia de las reuniones, el nivel al que los proyectos fueron consultados y discutidos y el conocimiento del consejo respecto de temas relacionados a la administración municipal y cuanto el alcalde puede confiar en el consejo.

La relación entre el alcalde y la comunidad fue correlativa al indicador de eficiencia distributiva. Esto implicó que, entre otras cosas, cuando existía una mayor participación comunitaria en el Plan de Operaciones municipal, existía una más eficiente asignación de recursos. La relación entre el alcalde y el médico fue correlativa con la eficiencia distributiva, la eficiencia técnica y la calidad, sugiriendo que esta relación fue fundamental para la efectiva prestación de los servicios, pero que no se relacionó a la utilización o a la equidad. El apoyo que el alcalde recibió del Consejo no mostró ninguna correlación con los indicadores independientes. Esto implicó que el apoyo general del Consejo no fue un factor crítico en términos del desempeño del sector.

## **IMPACTO EN EL DESEMPEÑO**

En esta sección se estudia la evidencia disponible sobre el desempeño de los sistemas descentralizados. Se intentó evaluar el desempeño de las municipalidades centralizadas en indicadores de equidad, eficiencia y calidad. Como se dijo en la introducción, esto fue un importante objetivo del estudio; sin embargo, los datos

disponibles sólo entregaron una visión parcial del desempeño. En ninguno de los países fue posible obtener datos confiables a nivel municipal anteriores al proceso de descentralización. En consecuencia, no fue posible hacer un seguimiento de los cambios en los indicadores de desempeño desde antes hasta después de la descentralización. Sólo en Colombia se pudo evaluar la diferencia entre distintos grados de descentralización al examinar datos de municipalidades certificadas y comparándolos con los de municipalidades no certificadas. No fue posible comparar a las municipalidades chilenas que permanecieron bajo en control centralizado con las municipalidades descentralizadas, puesto que no existía información comparable en los servicios centralizados. En Bolivia, no existía datos a nivel nacional sistemáticos y confiables; sin embargo, se utilizaron datos entregados por las entrevistas para obtener algunos indicadores de desempeño en algunas municipalidades. Lo que sigue es un resumen de la evidencia disponible sobre indicadores de desempeño.

## Equidad

En una sección anterior, se evaluó un importante indicador de equidad—la equidad distributiva, medida según el gasto per cápita en salud en Chile y Colombia. Este indicador, sin embargo, es en realidad un indicador intermedio y no mide cómo estos recursos se convierten en los servicios disponibles para la población. En esta sección, se examina un segundo indicador intermedio de equidad, las tasas de uso de servicios de salud. Estos indicadores tampoco son adecuados, puesto que no se puede controlar los efectos de otros factores que pudiesen afectar la utilización, tales como la disponibilidad de prestadores alternativos.

En Chile se encontró que la utilización de los servicios de salud aumentó durante el periodo estudiado y fue relacionado al nivel de gasto y el grado de ruralidad de la municipalidad.<sup>9</sup> Las municipalidades con tasas de gasto per cápita total más altas, también mostraron una mayor utilización per cápita. Cabe destacar que fue el gasto municipal total y no la cantidad de fondos de fuentes internas, el que se relacionó a la utilización. También se encontró que las municipalidades con mayor población rural mostraron un mayor número de actividades de atención primaria per cápita (Anexo1. Tabla 7). Sin embargo, al examinar la tendencia en el tiempo se encontró que las municipalidades con mayores poblaciones urbanas aumentaron sus tasas de utilización más rápido que las áreas rurales, lo que sugirió que esta relación podría a la larga modificarse. También se encontró alguna evidencia de que la presencia de los servicios de las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud afectaba a los servicios municipales. En las municipalidades urbanas, sin estos servicios adicionales, los aumentos en gasto generaron un significativo aumento en la utilización. No se encontraron otros indicadores con valor explicativo adicional.

Estos resultados sugieren que la descentralización que permitió mayores gastos a las municipalidades con mayores recursos también podía generar una utilización menos equitativa. Sin embargo, sorpresivamente, las municipalidades con mayores porcentaje de beneficiarios rurales presentan índices más altos de utilización de

<sup>9</sup> La utilización fue medida por un índice de contactos médicos por beneficiario, según los diferentes costos de atención médica y exámenes rutinarios, un índice utilizado por el Ministerio de Salud.

servicios públicos. Esto sugiere que más áreas rurales deben ser beneficiadas con mejor acceso, al menos respecto de las instalaciones públicas. En Colombia, la utilización fue medida por la cantidad total de servicios generales prestados en todas las instalaciones de salud en cada municipalidad.<sup>10</sup> Como en Chile, la utilización aumentó en el tiempo y está relacionada al gasto y a la ruralidad (Anexo 1. Tabla 8). Sin embargo, a diferencia de Chile, el ingreso interno fue una determinante significativa positiva para la utilización de los servicios de atención de salud para todos los años excepto 1996. En contraste, el ingreso externo (que varió más en Colombia que en Chile) fue una determinante negativa significativa para la utilización en 1994 y 1997. A mayor transferencia, menor utilización. Aunque sea lógico que los aumentos en gastos de recursos propios generen mayor utilización, puesto que la población local desea percibir del resultado de sus aportes, no es claro porque los aumentos de los fondos externos podrían estar relacionados a una menor utilización.

Al examinar los efectos de un mayor espacio de decisión se encontró que la certificación municipal fue significativa, pero negativamente relacionada a la utilización en 1994 y 1996. Esto podría explicarse por el hecho que la certificación municipal fue un proceso nuevo en 1994, y como se mostró, el significativo aumento en el número de municipalidades certificadas en 1996 puede explicar este efecto. También se encontró que para 1996 y 1997 la antigüedad de la certificación municipal era una determinante positiva significativa de la utilización de los servicios de salud. Esto sugiere que la negativa relación para la certificación en 1994 y 1996 fue un fenómeno acotado. Se encontraron resultados similares para la certificación departamental. Los actores encuestados en los estudios de Yepes en general pensaban que había más servicios disponibles en las municipalidades certificadas.

En Chile se encontró que otra determinante para la utilización era el porcentaje de personas viviendo en áreas rurales para todos los años excepto 1996, cuando resultó insignificante.

En Colombia, se encontró que son los ingresos internos los que incentivan mayores tasas de utilización, más que los ingresos totales, los que se asociaron a la utilización en Chile. En ambos países se encontró que las municipalidades con un mayor porcentaje de población en áreas rurales también tenían mayores tasas de utilización.

En Bolivia, el estudio mostró que la utilización se asoció a un grupo de características individuales e indicadores que describían las relaciones entre los principales actores (Anexo 1. Tabla 9). Las estimaciones del aumento en la utilización en general y por parte de los pobres en particular, fueron ambas relacionadas a alcaldes que mostraban un mayor respecto por la ley, con mayores iniciativas, habían innovado en la prestación de servicios, y tenían DILOS que funcionaban mejor. También fueron relacionadas a las municipalidades a médicos con mejores relaciones comunitarias y mayor sensibilidad social. De nuevo, en Bolivia, donde las instituciones municipales eran débiles, la importancia de individuos innovadores que respetaban el espíritu descentralizador de las leyes pareció reflejarse en un aumento de la utilización.

---

<sup>10</sup> El concepto de "servicios generales" incluye tanto la atención cerrada como la ambulatoria, puesto que los hospitales colombianos no mantienen un registro del tipo de visita.

## Eficiencia

A menudo se sostiene que la descentralización entregará más flexibilidad a los administradores local en la toma de decisiones, lo que aumentará la eficiencia en el uso de los recursos de salud. Este estudio intentó examinar los indicadores que podrían explicar las variaciones en el nivel de eficiencia municipal.

Para los economistas, la eficiencia técnica (o productiva) requiere maximizar el producto obtenido, basado en una serie determinada de recursos (insumos), o, alternativamente, minimizar los costos de producción de una cantidad determinada de bienes o servicios prestados. Una medida bruta de la eficiencia administrativa de los servicios de atención primaria es la razón entre las actividades de salud (resultados) y el nivel de gasto (insumos), asumiendo calidad y costos uniformes.

En Chile, el análisis mostró que la medida de eficiencia estaba relacionada al grado de ruralidad (controlada por el tipo de servicio prestado), a la tasa de inscripción en las clínicas municipales, y al grado de vulnerabilidad socio-económica (Anexo 1. Tabla 10). Esto sugiere que las municipalidades con mayor población rural, aquellas que han sido más efectivas en la inscripción de sus beneficiarios, y aquellas con menor población vulnerable son técnicamente más eficientes. Estas relaciones, sin embargo, tuvieron una baja incidencia por lo que deben ser consideradas con cautela.

Un elemento de eficiencia, es si los recursos cumplen o no con sus objetivos. En Chile, fue posible evaluar los cambios en las tasas de mortalidad infantil en el ámbito municipal. La tasa de mortalidad infantil no se relacionó a ninguna de las variables—se explicó mejor por su nivel de prioridad—confirmando otros estudios los cuales sugirieron que los cambios en el financiamiento y administración del sistema son de corto plazo, por lo que no afectan a la mortalidad infantil.

En Colombia, la eficiencia técnica se definió como la cantidad en pesos gastada por unidad de servicio de salud prestada. A mayor gasto por unidad, menos eficiente la municipalidad. El análisis regresivo encontró que un mayor gasto de recursos externos para todos los años y mayores niveles de recursos propios para 1994 y 1995 se asociaron a una menor eficiencia, como se esperaría, a menos que la administración generara cambios significativos en recursos humanos y servicios (Anexo 1. Tabla 11). El efecto de la certificación municipal fue significativo sólo en 1996 cuando mejoró la eficiencia. Estos resultados deben ser considerados con cautela, dado que, a diferencia de Chile, la unidad de atención de salud prestada incluye tanto la utilización de atención cerrada como la ambulatoria puesto que las municipalidades colombianas son responsables de los hospitales de primer nivel.

En Bolivia, se encontró que la eficiencia técnica se relacionaba al respeto del alcalde por la ley, su iniciativa, una positiva relación entre el alcalde y médico local, y una Dirección de Salud Local eficiente (Anexo 1. Tabla 9)

## Calidad

No se obtuvo una clara evidencia de la calidad en ninguno de los países estudiados. En Bolivia, los aumentos en la calidad percibidos por los actores se asociaron con los mismos indicadores que fueron asociados con la eficiencia técnica mencionados anteriormente: el respeto por la ley del alcalde, su iniciativa, una positiva relación entre el alcalde y el médico local, y el buen funcionamiento de las DILOS. Los casos

estudiados por Yepes en Colombia también sugieren que la certificación generó una percepción de mejoramiento en la calidad por parte de los actores.

En Chile, se obtuvieron algunos datos en encuestas de opinión, los que sugieren que a pesar de los importantes aumentos en el financiamiento de la atención primaria durante el periodo democrático, la opinión general sobre la calidad del sistema de salud es que ésta había disminuido. Las encuestas indican que en 1988 las políticas en salud del gobierno de Pinochet obtuvieron un 33% de aprobación ciudadana, en 1993 bajo el primer gobierno democrático, el índice de aprobación bajó a un 19% (Carciofi et al. 1996). Además, una encuesta del Centro de Estudios Públicos, realizada en 1993 mostró que un 65% de los encuestados consideraban que la calidad de los servicios de salud disponibles era igual o peor durante los últimos cinco años (CEP 1993). Estas estadísticas basadas en encuestas de opinión no son concluyentes y no se refieren específicamente al sistema de atención de salud primaria municipal. Una serie de estudios hechos para el Ministerio de Salud en 1997 encontraron que el tiempo de espera y la percepción de la calidad no era distinta para los servicios administrados por las municipalidades y aquellos administrados por las Direcciones de Salud Regionales (Ministerio de Salud, Chile 1997).

## CONCLUSIÓN

---

Cabe destacar que Chile, Colombia y Bolivia están a la vanguardia de los experimentos descentralizadores en América Latina. Han hecho importantes esfuerzos para transferir responsabilidad y autoridad a las autoridades municipales. Mientras Venezuela ha devuelto responsabilidad hacia los gobiernos estatales y Nicaragua ha desconcentrado poder hacia los SILAIS distritales del Ministerio de Salud, sólo Brasil, con su programa opcional para las municipalidades, ha implementado una política de descentralización comparable en Latinoamérica.

Se encontró que el espacio de decisión permitido a las municipalidades locales ha variado considerablemente. La descentralización no debiera ser vista como un puro acto de entrega de poder desde el gobierno central hacia los gobiernos locales, ni tampoco como una transferencia permanente de autoridad. Los países asignan diferentes rangos de alternativas sobre diferentes funciones y estos rangos varían en el tiempo. Los gobiernos locales en Chile y Bolivia comenzaron con amplios rangos de alternativas sobre distintas funciones claves—especialmente las decisiones distributivas y de los recursos humanos—pero estos rangos fueron limitados a través del tiempo. Al final del periodo estudiado, en todos los países existía una tendencia a un rango de decisión moderado o limitado sobre variadas funciones. Cabe destacar que el control sobre las asignaciones presupuestarias tendió a ser más amplio que el de las decisiones sobre la organización de servicios.

Las decisiones sobre las remuneraciones y las reglas del manejo de los funcionarios públicos terminaron siendo limitadas—reteniendo o devolviendo el control centralizado sobre el personal del sector de salud. En los casos de Chile y Colombia, esta devolución fue por la iniciativa de los mismos profesionales de la salud, y en Bolivia estas funciones fueron siempre controladas por las autoridades centrales. Sin embargo, se permitió un rango moderado de decisión sobre la contratación de personal externo lo que permitió algún rango de flexibilidad en la administración local de los recursos humanos.

Con estos rangos de alternativas, las municipalidades tomaron algunas importantes e innovadoras decisiones. Una importante decisión fue, la asignación de las transferencias intergubernamentales e ingresos propios. Se encontró que aunque las municipalidades con mayores recursos pudieron asignar mayores porciones de sus ingresos internos a salud en Chile y Colombia, la diferencia en el gasto per cápita en salud entre las municipalidades con más recursos y las más desprovistas se estrechaba en vez de agrandarse. Aunque las transferencias intergubernamentales del gobierno central hacia las municipalidades tendieron a asignaciones per cápita más uniformes, las asignaciones de recursos de los gobiernos locales aumentaron lo suficiente como para comenzar a acortar la diferencia. En Chile, la capacidad de los gobiernos locales para asignar ingresos propios fue mejorada por un innovador fondo de compensación horizontal—El Fondo Común Municipal—el que reasignó ingresos propios desde las municipalidades con más recursos hacia las más desprovistas.

A menudo se teme que las transferencias intergubernamentales desde el gobierno central, que pueden ser parte de la descentralización, produzcan “pereza fiscal” en las municipalidades—permitiendo que reduzcan sus ingresos propios o que los asignen a

otros sectores. Se encontró, sin embargo, que las municipalidades colombianas certificadas con el más amplio espacio de decisión sobre las transferencias intergubernamentales, mostraban el menor nivel de pereza fiscal. En Chile, se encontró una tendencia en las municipalidades a asignar menos fondos per cápita si las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud también prestaban servicios de atención primaria en sus municipalidades—como si una mayor presencia física institucional incentivase la pereza fiscal.

Los financiamientos compartidos no constituyeron una forma importante de incentivo para que los gobiernos locales asignaran recursos propios a proyectos y actividades priorizadas por el gobierno central. En un caso chileno, se encontró que los financiamientos compartidos crearon y financiaron actividades de una Asociación Municipal de ocho municipalidades. Sin embargo, dejó de existir al eliminarse los fondos.

Las municipalidades también tomaron decisiones sobre recursos humanos, aunque estas decisiones fueron más limitadas por restricciones en el espacio de decisión municipal. En Chile las municipalidades con mayores recursos gastaban más en remuneraciones en términos totales, pero que las áreas rurales pagaban remuneraciones más altas para atraer médicos hacia las áreas rurales. La habilidad municipal para elevar las remuneraciones rurales fue temporal, dado que en 1996 el Estatuto de Trabajadores de la Salud Primaria reinstauró rangos limitados de remuneraciones, pero parece que las municipalidades rurales aprovecharon del inicial rango de decisión. En Colombia y Bolivia, la descentralización parece haber conducido hacia un mayor uso de trabajadores bajo contrato, tanto administrativos como clínicos, aunque la mayor parte del esfuerzo de trabajo siguió bajo las reglas de manejo de funcionarios públicos.

En el área de organización de servicios, las municipalidades innovaron en una variedad de áreas. En áreas donde las municipalidades no eran legalmente responsables por la salud la asumieron, en otras donde los recursos eran insuficientes devolvieron los servicios a las autoridades centrales o crearon asociaciones entre municipalidades para administrar los servicios colectivamente. También crearon nuevos mecanismos para los pagos compensatorios, desarrollaron mecanismos de coordinación y contratación para las ONGs y otros prestadores privados, y desarrollaron nuevas maneras para la extensión de la cobertura y prestación de servicios farmacéuticos.

También se encontró que las diferentes capacidades institucionales tenían algún efecto en la descentralización. En particular, la capacidad para inscribir a los beneficiarios en Chile y Colombia pareció relacionarse a la utilización de estos servicios. Aunque la capacidad institucional en Bolivia era limitada, la descentralización se vio beneficiada por algunas de las características individuales de los alcaldes y médicos locales (tales como el respeto por la ley de descentralización, el deseo de tomar iniciativas y el interés en la participación comunitaria local) como también el funcionamiento de las organizaciones coordinadoras, las DILOS.

¿Qué se puede concluir acerca de los efectos de la descentralización en el desempeño? Se encontró que el aumento en los fondos parece asociarse con el incremento de la utilización y que la diferencia en gastos per cápita en salud entre las municipalidades con mayores y menores recursos parece estar reduciéndose, tanto en

Chile como en Colombia, los únicos países con datos existentes. Esto sugiere algún aumento en la equidad como resultado de la descentralización en estos países.

También se encontró que los actores locales y las relaciones entre los actores, parecen tener un impacto sobre la utilización en ambientes institucionales débiles, como en el caso boliviano. Aunque estas diferencias podrían llevar a mayores desigualdades, también se encontró que aquellas municipalidades en las que los alcaldes respetan las leyes de descentralización y en que las instituciones creadas por la descentralización funcionan efectivamente, presentan un mejor desempeño.

Los resultados en la eficiencia y la calidad son menos evidentes por el simple hecho que los datos son inexistentes o inadecuados. Existe alguna evidencia de que la eficiencia no es mejorada por la certificación de la descentralización en Colombia y alguna indicación de que la atención de salud rural es más eficiente en Chile y Colombia. Sin embargo, las relaciones y los indicadores son insuficientes para establecer conclusiones. Los actores locales encuestados en Bolivia y Colombia percibieron un aumento en la calidad durante la descentralización; sin embargo, estos son datos subjetivos que no se encuentran confirmados por las mediciones cuantificadas.

Sin mejor evidencia resulta más seguro concluir que ambos, detractores y defensores de la descentralización, están equivocados. La descentralización no es una pura transferencia de poder, sino que un rango de alternativas otorgado sobre diferentes funciones. Tampoco se introduce de golpe, sino que progresivamente—tendiendo hacia un rango moderado de alternativas en muchas funciones. Ha permitido significativas alternativas innovadoras particularmente en las decisiones distributivas y en la prestación de servicios. Pocas innovaciones se llevaron a cabo en recursos humanos, excepto por la contratación de un limitado número de prestadores y administradores. La descentralización implementada en Chile, Colombia y Bolivia parece estar mejorando algunos de los indicadores de equidad—una tendencia hacia gastos per cápita similares para municipalidades con mayores y menores recursos- y un mayor y más equitativo gasto per cápita en promoción y prevención. Sin embargo, no parece estar relacionada a cambios importantes en el desempeño. Este no es el tipo de conclusión que satisface a defensores o detractores del proceso de descentralización porque no da un fuerte apoyo a ninguno de los argumentos.

Sin embargo, la descentralización parece ser una política que no sólo será promovida en el sector de la salud sino que en todos los sectores de la sociedad. Es un proceso organizacional diseñado para incrementar la democracia local, como también para objetivos de aumentos en la equidad, eficiencia y calidad en el sector de la salud. De ser así, la evidencia resulta alentadora al sugerir que las inequidades en el financiamiento de salud disminuyen durante el periodo de descentralización y que la utilización aumenta de modo significativo. También resulta alentadora la existencia de mecanismos como el Fondo Común Municipal chileno que aumentan la equidad en un sistema descentralizado. Estas lecciones son importantes para otros países que han de implementar sistemas descentralizados.

## BIBLIOGRAFÍA

---

### GENERAL

- Bossert, Thomas (1998). "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance." *Social Science and Medicine* 47(10): 1513-27.
- Collins, C. and A. Green (1994). "Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries." *International Journal of Health Services* 24(3): 459-75.
- Litvack, J., J. Ahmad, and R. Bird (1998). *Rethinking Decentralization in Developing Countries*. Washington, DC: The World Bank:.
- Mills, Anne (1994). "Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices?" *Public Administration and Development* 14: 281-92.
- Mills, Anne, J.P. Vaughan, D.L. Smith, and I. Tabibzadeh (1990). *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*. Geneva: World Health Organization: Geneva.
- Prud'homme, Rémy (1995). "The dangers of decentralization." *The World Bank Research Observer* 10(2): 201-20.
- Rondinelli, Dennis (1981). "Government decentralization in comparative perspective: theory and practice in developing countries." *International Review of Administrative Science* 47(2): 133-45.
- Rondinelli, D., J.S. McCullough, and R.W. Johnson (1989). "Analyzing decentralization policies in developing countries: a political-economy framework." *Development and Change* 20: 57-87.
- World Bank (1993). *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

### CHILE

- Albala, C. and F. Vio (1995). "Epidemiological transition in Latin America: the case of Chile." *Public Health* 109: 431-42.
- Aedo, Cristián, and Osvaldo Larrañaga (1994). *Sistema de Entrega de los Servicios Sociales: Una Agenda para la Reforma*. Santiago: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Azevedo, Antonio Carlos (1998). "La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas, y perspectivas." *Revista de Saude Publica* 32(2): 192-99.
- Bossert, Thomas J. (1993). "Lessons from the Chilean model of decentralization: Devolution of primary care to municipal authorities." Policy Report No. 1, USAID Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project.

- Bossert, Thomas J., Osvaldo Larrañaga, Antonio Infante, Joel Beauvais, and Diana Bowser (2000). *Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America: Chile Case Study*. Data for Decision Making Project. Boston: Harvard School of Public Health.
- Carciofi, Ricardo, Oscar Cetrángolo, and Osvaldo Larrañaga (1996). *Desafíos de la Descentralización: Educación y Salud en Argentina y Chile*. Santiago: Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Castañeda, Tarsicio (1992). *Combating Poverty: Innovative Social Reforms in Chile During the 1980s*. San Francisco: ICS Press.
- Duarte, Dagoberto (1995). Asignación de recursos per cápita en la atención primaria: la experiencia chilena. *Documento de Trabajo No. 08/95*. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.
- \_\_\_\_\_ (1993). "Asignación de recursos financieros al sector municipalizado de salud." *Papeles de Trabajo No. 29*. Santiago: Programa de Estudios Prospectivos.
- Graham, Carol (1991). *From Emergency Employment to Social Investment: Alleviating Poverty in Chile*. Washington, DC: The Brookings Institute.
- González-Reyes, Luis (1995). *Atención de la Salud en Chile*. Santiago: Editorial Antártica.
- Hojman, David E. (1993). *Chile: The Political Economy of Development and Democracy in the 1990s*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Jiménez de la Jara, Jorge (1994a). Evolución y reforma del sistema de salud en Chile. *Corporación de Promoción Universitaria, Documento de Trabajo No. 31/94*.
- \_\_\_\_\_ (1994b). Reforma de los sistemas de salud en América Latina: el caso de Chile. Seminario, Banco Mundial-EDI, OPS, Ministerio de Bienestar Social de Argentina, 14-16 March 1994.
- \_\_\_\_\_ ed., (1991). *Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia*. Santiago: Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_ and Margarita Gili (1991). "Municipalización de la atención primaria." In Jiménez de la Jara, ed., 1991, *Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia*, pp. 49-78.
- Larrañaga, Osvaldo (1997). *Eficiencia y Equidad en el Sistema de Salud Chileno*. Santiago: Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_ (1996). "Descentralización y equidad: el caso de los servicios sociales en Chile." *Cuadernos de Economía* 33(100): 345-65.
- \_\_\_\_\_ (1992). "La política fiscal en Chile: 1985-1991." *Serie Investigación* 1-47 Sept. 1992. Santiago: Programa Post-Grado de Economía, ILADES/Georgetown University.
- LATIE (1990). "Decentralization in Chile: Country Report." *Decentralization to Local Government in LAC: National Strategies and Local Response in Planning, Spending, and Management*.
- Martínez, Javier and Alvaro Díaz (1996). *Chile: The Great Transformation*. Harrisonburg, VA: R. R. Donnelley & Sons, Inc.

- Ministerio de Salud (1997). "Evaluación de la Atención Primaria." División de Salud de las Personas, Departamento de Atención Primaria..
- Miranda, Ernesto, ed. (1994). *La Salud en Chile: Evolución y Perspectivas*. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
- \_\_\_\_\_ (1990). "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno." *Estudios Públicos* 39: 5-66.
- Montoya-Aguilar, C. and Luis Marchant-Cavieres (1994). "The effect of economic changes on health care and health in Chile." *International Journal of Health Planning and Management* 9(4): 279-94.
- \_\_\_\_\_ and Patrick Vaughan (1990). "Decentralization and local management of the health system in Chile." In *Health System Decentralization*, Anne Mills et al., eds. (pp. 55-63). Geneva: World Health Organization.
- Nickson, R. Andrew (1995). *Local Government in Latin America*. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers, Inc.
- Parry, Taryn (1997). "Achieving balance in decentralization: a case study of education decentralization in Chile." *World Development* 25(2): 211-25.
- Pizarro, Crisóstomo, Dagmar Raczynski, and Joaquín Vial (1996). *Social and Economic Policies in Chile's Transition to Democracy*. Santiago: UNICEF.
- Raczynski, Dagmar (1994). "Social policies in Chile: origins, transformation, and perspectives." *Kellogg Institute, Democracy and Social Policy Series, Working Paper #4* (Fall 1994).
- \_\_\_\_\_ and Claudia Serrano (1988). "Descentralización y planificación local: la experiencia de municipios en comunas pobres de Santiago." *CIEPLAN Notas Técnicas* 108 (Jan. 1988).
- Reichard, Stephen (1996). "Ideology drives health care reforms in Chile." *Journal of Public Health Policy* 17(1): 83-98.
- Sagaris, Lake (1991). "Some optimism returns to Chile's health care system, but many problems remain." *Canadian Medical Association Journal* 144: 1157.
- \_\_\_\_\_ (1987). "Health care in Chile: doctors take on a declining system." *Canadian Medical Association Journal* 136: 174.
- Scarapaci, Joseph (1987). "HMO promotion and the privatization of health care in Chile." *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 12(3): 551-67.
- Secretaría de Desarrollo y Asistencia Social (1988). *Traspaso de Establecimientos Primarios de Salud a las Municipalidades* (Santiago, January 1988).
- SUBDERE (1996). "Aspectos financieros de la salud municipalizada." *Documento de Trabajo No. 4 (julio 1996)* Santiago: Ministerio del Interior, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.
- World Bank (1993). *Chile: Subnational Government Finance*. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development.

## COLOMBIA

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (1998). "Descentralización en Colombia: nuevos desafíos." Series de Estudios Económicos y Sectoriales, RE-98-002, Enero 1998.
- Bossert, Thomas (1998). "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance." *Social Science and Medicine*, 47(10): 1513-27.
- \_\_\_\_\_, Mukesh Chawla, Diana Bowser, Ursula Giedion, José Jesus Arbelaez, and Alvaro Lopez (2000). *Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America: Colombia Case Study*. Data for Decision Making Project. Boston: Harvard School of Public Health.
- \_\_\_\_\_, W. Hsiao, M. Barrera, L. Alarcon, M. Leo, and C. Casares (1998). "Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia." *Health Policy and Planning* 13(1): 59-77.
- Castañeda, Tarsicio (1995). "La descentralización en Colombia: aspectos críticos y algunas lecciones." Unpublished manuscript, presented at the Seminar "La Reforma del Estado en Peru," Lima, Peru, June 1995.
- \_\_\_\_\_. (1994). Elementos críticos de la descentralización en salud y educación en Colombia. Unpublished manuscript.
- Collins, C.D., (1988). "Local government and urban protest in Colombia." *Public Administration & Development* 8: 421-36.
- Correa, P. and R. Steiner (1994). "Decentralization in Colombia: recent changes and main challenges." Paper presented at Second Conference on the Colombian Economy, Lehigh University, 19-21 October 1994.
- Departamento Nacional de Planeación (1995). "Cómo va la descentralización?" *Planeación & Desarrollo* Vol. XXVI, No. 2, mayo 1995. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Duran, E. W., (1995). *La descentralización, el gasto social y la gobernabilidad en Colombia*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Fizbein, Ariel (1997). "The emergence of local capacity: lessons from Colombia." *World Development* 25(7): 1029-43.
- González, Edgar (1995). Regulación, competencias y gestión descentralizada de los proyectos de vías, agua potable y saneamiento básico, educación y salud: el caso de Colombia. Santiago: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social.
- Grindle, Merilee S., (1998). *Audacious Reforms: Institutional Invention and Democracy in Latin America*. Unpublished draft manuscript.
- Harvard School of Public Health (1996). "Report on Colombia health sector reform and proposed master implementation plan." Final Report, Colombia Health Sector Reform Project, August 1996.

- Jaramillo, Ivan Perez (1997). "La descentralización en Colombia." Project report, "Descentralización y Transformación de Sistemas de Salud," Ministerio de Salud/OMS/Harvard/FESCOL.
- Londoño, Juan Luis (1996). "Managed competition in the tropics?" Unpublished paper presented at the World Conference on Health Economics, Canada, May 1996.
- Ministerio de Salud (1996). "Estudio evaluativo del proceso de descentralización en Colombia." Project report, Ministerio de Salud/OMS/Harvard/FESCOL.
- Nelson, Joan M. (1998). "The political economy of Colombia's health reforms of 1993." Unpublished draft manuscript, prepared for IDB/IDRC Research Program on "Processes of Reform in Education and Health: Design, Implementation, and Interests Groups".
- O'Neill, Kathleen (1999). *Decentralization in the Andes: Power to the People or Party Politics?* Ph.D. dissertation. Cambridge: Harvard University.
- Pan American Health Organization (PAHO)(1998). "Colombia." In *Health in the Americas, 1998 Edition, Volume II*, pp. 181-193 ([www.paho.org](http://www.paho.org)).
- Pedraza, A., H. Lopez, and C. Vargas (1995). "Propuesta de modificación de la ley 60 de 1993 para el sector salud." Unpublished report from COECI Ltda to the Colombian Ministry of Health under the "Consultoría sobre el estado financiero del sector salud y la reforma de la ley 60 de 1993."
- Robertson, Robert L. and Peter Berman (1997). "National Health Accounts In Colombia." Boston: Harvard Program in Health Care Financing, Revised Final Report.
- Vancott, Donna Lee (1998). *Constitution-Making and Democratic Transformation in Latin America: the Bolivian and Colombian Constitutional Reforms*. Ph.D. Dissertation, Georgetown University.
- Wiesner Duran, E.,(1995). *La Descentralización, el Gasto Social y la Gobernabilidad en Colombia*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- \_\_\_\_\_ (1994). "Colombia: toward increased efficiency and equity in the health sector. Can decentralization help?" Report No. 11933-CO.
- Yepes Luján, Francisco José and Luz Helena Sánchez Gómez (1999). *La Descentralización de la Salud en Colombia*. Bogotá: ASALUD.

## BOLIVIA

- Bossert, Thomas, Fernando Ruiz Meir, Scarlet Escalante, Marina Cardenas, Bruno Giussani, Katherina Capra, Joel Beauvais, and Diana Bowser (2000). *Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America: Bolivia Case Study*. Data for Decision Making Project. Boston: Harvard School of Public Health.
- Center for International Health Information (CIHI)(1996). *CIHI Country Health Profile: Bolivia* ([www.cihi.com](http://www.cihi.com)).
- Dennis, Marie 1997. Bolivia: the social consequences of debt. *NACLA Report on the Americas* 31(3): 37-43.

- Exeni, Jose Luis, and Carlos Toranzo Roca. eds., (1993). *Hacia un Sistema de Salud Descentralizado*. La Paz: ILDIS.
- Exeni, Jose Luis, and Carlos Toranzo Roca. eds., (1994). *La Descentralización de la Salud: Antecedentes y Perspectivas*. La Paz: ILDIS.
- Gálvez Ríos, Modesto (1995). *Participación, Planificación y Proceso de Municipalización*. Potosí: Grupo DRU.
- Gray Molina, George and Carlos Hugo Molina (1996). *Popular Participation and Decentralization in Bolivia: Building Accountability from the Grassroots*. Harvard Institute for International Development (HIID), Harvard University.
- Jones, James (1997). "Development: reflections from Bolivia." *Human Organization* 56(1): 111-20.
- Martinez, Javier 1996. *Decentralization and Health Systems Change in Bolivia*. Manuscript.
- Nickson, R. Andrew (1995). *Local Government in Latin America*. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers.
- O'Neill, Kathleen (1999). *Decentralization in the Andes: Power to the People or Party Politics?* Ph.D. dissertation. Cambridge: Harvard University.
- Pelaez Gantier, Gabriel (1995). *Descentralización: Mito o Realidad?* La Paz: Editorial Jurídica Zegada.
- Rosenbaum, Allan (1998). "Strengthening civil society and local democracy through national initiatives: the case of Bolivia's 'Popular Participation Law.'" *International Review of Administrative Sciences* 64(1): 133-36.
- Ruiz, Fernando, and Bruno Giusanni (1997). *El proceso de descentralización y financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia*. Seminario Regional Descentralización de los Servicios de Educación y Salud, Puebla 24-26 March 1997.
- Toranzo Roca, Carlos, ed., (1994). *Reflexiones Sobre la Descentralización*. La Paz: ILDIS.
- Vancott, Donna Lee (1998). *Constitution-Making and Democratic Transformation in Latin America: the Bolivian and Colombian Constitutional Reforms*. Ph.D. Dissertation, Georgetown University.

## ANEXO 1. TABLAS

Tabla 1. Colombia: Gastos per cápita en promoción y prevención (PPE) por decil de ingresos, ajustados según el índice de precios al consumidor de 1997

DECILES	1994	1995	1996	1997
	PPE PER CAPITA	PPE PER CAPITA	PPE PER CAPITA	PPE PER CAPITA
1	3.21	3.09	4.15	5.44
2	1.93	3.14	5.13	4.53
3	2.55	3.40	4.07	5.76
4	2.52	2.63	3.27	5.47
5	2.33	3.63	4.71	7.03
6	2.26	3.09	4.25	5.84
7	3.07	2.69	4.09	6.28
8	2.33	3.14	4.25	6.19
9	2.29	2.70	4.54	5.74
10	4.33	2.91	4.86	5.97
PROMEDIO	2.67	3.04	4.33	5.83
10 <sup>º</sup> /1 <sup>ERO</sup>	1.35	0.94	1.17	1.10

Fuente: Ministerio de Salud

Tabla 2. Colombia: OLS para Gastos en Prevención y Promoción, 1994 - 1997

MODELO #1	1994 (N=695)		1995 (N=808)		1996 (N=914)		1997 (N=867)	
	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z
INDICADORES INDEPENDIENTES								
CONSTANTE	.60674	0.93	2.6129*	2.99	4.469*	3.59	25.59**	1.22
CERTIFICACIÓN MUNICIPAL	-.572**	-1.81	-.83581*	-2.64	.16078	0.35	.24167*	4.45
CERTIFICACIÓN DEPARTAMENTAL	-.459**	-1.81	.206182	0.32	-.6158**	-1.56	-1.27*	-2.01
MESES DE CERTIFICACIÓN POR DEPARTAMENTO	.0271	0.65	-.02599	-0.71	.00933	0.67	.0335**	1.64
MESES DE CERTIFICACIÓN POR MUNICIPALIDAD	.10645	1.16	.08296**	3.13	.05382*	2.14	.2417*	4.45
RECURSOS EXTERNOS	.1215*	2.05	-.03185	-0.40	-.00971	-0.09	-1.514*	-3.68
RECURSOS PROPIOS	-.0194	-1.11	-.01167	-0.61	-.008212	-0.35	.13158*	3.15
POBLACIÓN/10000	----	----	----	----	----	----	----	----
% URBANA	-.590**	-1.56	.03189	0.063	-1.0347*	-2.14	-2.190*	-2.16
R <sup>2</sup>	0.0100	----	0.0102	----	0.0096	----	0.1105	----

\* |z| > 2.00 \*\* 1.5 < |z| < 2.00

Tabla 3. Chile: Insumos Médicos (1994)

	HORAS MÉDICAS CONTRATADAS	HORAS MÉDICAS POR 1,000 BENEFICIARIOS	REMUNERACIONES DE MÉDICOS
Promedio	243.0	9.21	599.9
MEDIANA	77.0	7.48	556.3
COEFICIENTE DE VARIACIÓN	1.48	0.63	0.41
COEFICIENTE GINI	0.63	0.32	0.17
90/10	25.1	3.71	1.82
50/10	2.33	2.13	1.27
75/25	5.63	1.93	1.30
# OBSERVACIONES	212	210	212

Fuente: Ministerio de Salud

Tabla 4: Colombia: Recursos Humanos, Sector de la Salud (1994)

HORAS CONTRATADAS	ADMINISTRATIVOS BAJO CONTRATO	FUNCIONARIOS PÚBLICOS ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS CLÍNICOS BAJO CONTRATO	FUNCIONARIOS CLÍNICOS-PÚBLICOS
PROMEDIO	6.9	63.9	7.9	82.4
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	10.3	230.7	13.5	237.6
90/20	3.2	8.14	2.7	9.0
50/20	1.05	4.08	1.2	2.6
# OBSERVACIONES	225	538	193	536

Fuente: Ministerio de Salud

Tabla 5. Insumos Recursos Humanos de Colombia (1997)

HORAS CONTRATADAS	ADMINISTRATIVOS BAJO CONTRATO	FUNCIONARIOS PÚBLICOS ADMINISTRATIVOS	EQUIPOS CLÍNICOS BAJO CONTRATO	FUNCIONARIOS CLÍNICOS-PÚBLICOS
PROMEDIO	16.1	66.7	14.0	94.9
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	59.0	217.4	45.5	267.2
90/20	5.3	5.4	2.5	5.1
50/20	1.6	1.6	0.8	1.2
# OBSERVACIONES	414	563	395	564

Fuente: Ministerio de Salud

Tabla 6. Colombia: OLS para Personal Contratado/ Personal Total, 1994 - 1997

MODELO #1	1994 (N=251)		1995 (N=291)		1996 (N=396)		1997 (N=429)	
INDICADORES INDEPENDIENTES	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z
CONSTANTE	.6456*	5.88	.2109**	-1.77	.79528	5.11	.92846*	6.17
CERTIFICACIÓN MUNICIPAL	-.0543**	-1.84	-.0745**	-1.77	.0763*	2.31	.0630*	2.59
CERTIFICACIÓN DEPARTAMENTAL	.0491*	2.13	.05943	1.16	.02544	0.99	.0499*	2.32
MESES DE CERTIFICACIÓN POR DEPARTAMENTO	-.0084*	-3.03	-.00075	-0.27	-.0013**	-1.59	-.0030*	-3.70
MESES DE CERTIFICACIÓN POR MUNICIPALIDAD	.0095*	2.42	.00421**	1.77	-.00313*	-2.55	-.0003	-0.24
RECURSOS EXTERNOS	-.04825*	-5.79	-.0129**	-1.62	-.05553*	-4.19	-.0639*	-5.33
RECURSOS PROPIOS	.0038**	1.53	.00491**	1.70	.00562**	1.63	.0066*	2.43
ATENCIÓN ADMINISTRADA	----	----	----	----	.0000004	0.22	.000009	1.41
POBLACIÓN	-.00003	-0.21	-.0003**	-1.51	.0002	0.19	-.00083	-0.86
% URBANA	.10163*	2.19	.01838	0.48	.1016*	2.75	.1183*	3.01
R <sup>2</sup>	0.1621	----	0.0823	----	0.0959	----	0.1306	----

\* |z| &gt; 2.00 \*\* 1.5 &lt; |z| &lt; 2.00

Tabla 7. Chile: Determinación de la Actividades Municipales en Atención Primaria

	(1) LINEAR	(2) LINEAR	(3) LOG	(4) LOG
GASTO POR BENEFICIARIO	0.292*	0.183*	0.634*	0.470*
TASA DE POBLACIÓN RURAL	2.24*	---	0.286*	
MODALIDAD ADMINISTRATIVA MUNICIPAL	-1.22*	-0.780	-0.196*	-0.136*
CONSTANTE	2.24*	5.098*	-4.25*	-2.480*
GRUPO 2		-0.925		-0.155*
GRUPO 3		2.420*		0.172
GRUPO 4		-0.345		-0.095
GRUPO 5		-1.507*		-0.196*
GRUPO 6		-2.240*		-0.318*
AJUSTADO R2	0.24	0.23	0.28	0.27
NÚMERO OBSERVADO	234	258	234	258

Nota: Coeficientes regresivos son reportados.

\*Significante dentro del 5%

Tabla 8. Colombia: OLS para la Utilización per cápita de los Servicios de la Atención de Salud 1994 - 1997

MODELO #1	1994 (N=613)		1995 (N=616)		1996 (N=578)		1997 (N=594)	
INDICADORES INDEPENDIENTES	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z
CONSTANTE	.6510*	8.39	5.409*	7.99	3.450*	4.18	3.334*	9.57
CERTIFICACIÓN MUNICIPAL	-.2050*	-2.18	12.95	1.05	-1.355*	-2.75	-.0307	-0.68
CERTIFICACIÓN DEPARTAMENTAL	.1127*	2.36	-1.143	-0.40	-1.296**	-1.99	-.3552*	-4.93
MESES DE CERTIFICACIÓN POR DEPARTAMENTO	-.0075	-1.19	.1009	0.61	.0294	1.29	.0053*	3.65
MESES DE CERTIFICACIÓN POR MUNICIPALIDAD	.0033	0.25	-.6042	-1.133	.0650*	3.09	.0062*	2.71
RECURSOS EXTERNOS	-.0113**	-1.66	.0028	0.07	.0054	0.09	-.2009*	-7.17
RECURSOS PROPIOS	.0231*	10.62	.1685*	5.50	-.0555	-1.35	.0506*	7.93
ATENCIÓN ADMINSTRADA	----	----	----	----	-.0001*	-2.08	-0.0000	-1.24
POBLACIÓN	----	----	----	----			----	----
% URBANA	-.3282*	-5.73	-4.680*	-3.56	-.8032	-0.77	-.3832*	-4.27
R <sup>2</sup>	0.1181	----	0.1153	----	0.0290	----	0.1685	----

\* |z| > 2.00 \*\* 1.5 < |z| < 2.00

Tabla 9. Bolivia: Matriz de Correlación de Indicadores del Desempeño

	EFICIENCIA DISTRIBUTIVA	EFICIENCIA TÉCNICA	UTILIZACIÓN	CALIDAD	EQUIDAD
A-C	0.543	---	---	---	---
A-M	0.576	0.756	---	0.751	---
M-C	---	---	0.598	---	0.687
CONOCIMIENTO DE LA LEY (ALCALDE)	0.556	---	---	---	---
RESPECTO POR LA LEY (ALCALDE)	0.828	0.731	0.521	0.722	0.602
INICIATIVA (ALCALDE)	0.726	0.593	0.579	0.544	0.554
SENSIBILIDAD (MÉDICO)	0.510	---	0.679	---	0.552
FUNCIONAMIENTO DE DILOS	---	0.666	0.579	0.649	0.613
INNOVACIÓN	0.535	---	0.584	---	0.764

Tabla 10. Chile: Eficiencia en la Administración Municipal de Salud

	TODOS	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5	GRUPO 6
POBLACIÓN RURAL	0.301*	0.075	-0.091	0.798*	0.050	0.056	0.672*
VULNERABILIDAD	-0.001*	0.000	0.003	-0.004	-0.006*	-0.002	-0.001
INSCRIPCIONES	0.160*	0.092	0.203*	-0.437*	0.426*	0.010	0.016*
CONSTANTE	0.376*	0.426*	0.179*	1.027	0.724*	0.055*	0.031*
R2 AJUSTADO	0.06	-0.02	0.09	-0.07	0.28	-0.24	0.27
NÚMERO OBSERVADO	232	93	31	13	48	13	34

Nota: Los coeficientes regresivos son reportados

\*Significativo dentro del 5%

Tabla 11. Colombia: OLS Eficiencia de la Utilización de Atención de Salud 1994 - 1997

MODELO #1	1994 (N=611)		1995 (N=616)		1996 (N=585)		1997 (N=592)	
INDICADORES INDEPENDIENTES	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z	COEF.	Z
CONSTANTE	-21.80*	-2.91	-52.66*	-2.15	-130.98	-2.69	-1742.822	-3.622
CERTIFICACIÓN MUNICIPAL	-23.91	-0.58	-71.63*	-2.04	7.31	0.32	108.00	1.28
CERTIFICACIÓN DEPARTAMENTAL	-11.04	-1.19	-14.88	-0.20	-16.92	-0.53	41.69	1.05
MESES DE CERTIFICACIÓN POR DEPARTAMENTO	-1.80	-1.49	.00018	0.00	-1.96*	-2.16	-2.64*	-2.23
MESES DE CERTIFICACIÓN POR MUNICIPALIDAD	8.20**	1.50	6.37*	2.02	1.89	0.48	-3.63	-0.69
RECURSOS EXTERNOS	3.26*	6.82	4.85*	3.68	12.97*	3.38	133.04*	3.82
RECURSOS PROPIOS	1.84*	5.99	3.09*	5.76	1.07	0.94	-3.65	-1.20
ATENCIÓN ADMINISTRADA	----	----	----	----	.0046**	1.59	-.0053	-1.06
POBLACIÓN/10000	.3677	0.78	.7359	0.89	-2.78	-1.49	6.92	0.93
% URBANA	49.43*	3.96	89.99*	2.95	177.33*	3.14	126.76*	2.45
R <sup>2</sup>	0.2663	----	0.1353	----	0.1242	----	0.1530	----

\*  $|z| > 2.00$  \*\*  $1.5 < |z| < 2.00$

## ANEXO 2. FUENTES DE DATOS POR PAÍS

---

### CHILE

El presente informe se basa en el análisis de datos nacionales y en cinco estudios de municipalidades específicas. En esta sección se examinan los datos en el ámbito nacional obtenidos y analizados por este proyecto. La base de datos nacional cubre el periodo comprendido entre 1990-1996 y incluye 318 de las 334 municipalidades del país (las 16 más pequeñas fueron excluidas). Los datos se obtuvieron principalmente desde la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud y cubre la información ordinaria recolectada por el Ministerio de Salud y la información financiera entregada por los gobiernos municipales vía la Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE) del Ministerio del Interior. Los indicadores disponibles incluyeron datos básicos sobre características municipales, tales como tamaño, ruralidad, vulnerabilidad socio-económica, como también datos sobre el financiamiento desde fuentes centrales y municipales, gastos en el sector de la salud, utilización de servicios de salud, recursos humanos (horas y remuneraciones), y capacidad institucional. Otras fuentes de datos bien no eran compatibles o no pudieron obtenerse.

En Chile, cinco municipalidades se seleccionaron para evaluar las diferencias entre municipalidades centralizadas y descentralizadas. Se intentó evaluar esta diferencia a través de los datos nacionales, y cuando se hizo imposible superar las limitaciones de los datos entregados por las municipalidades centralizadas, se seleccionaron las del presente estudio. Se eligieron los tres casos de municipalidades donde las autoridades centrales, a través de Direcciones Regionales de Salud eran los únicos prestadores de salud primaria: Santiago, Maipú y las nueve municipalidades en la Región de Aysén. Dos de estas áreas habían tenido un periodo inicial de responsabilidad descentralizada pero ambas habían sido devueltas a la responsabilidad de la Dirección Regional de Salud. Maipú había estado bajo el control central y nunca fue descentralizada. Se comparó a estas comunidades con dos áreas similares ya descentralizadas: Concepción, que como Santiago es una ciudad grande, y ocho municipalidades en la provincia de Ñuble, la que es un área rural dispersa como Aysén. Un intento inicial para seleccionar los casos según datos nacionales adicionales no resultó en casos valor comparativo.

Los antecedentes de los casos fueron preparados por un entrevistador con amplia experiencia en el sector de la salud. Las encuestas se realizaron con oficiales de las direcciones locales de salud, la Dirección Regional de Salud, las municipalidades y otros observadores. Generalmente se extendieron por más de una hora.

### COLOMBIA

Los datos colombianos fueron obtenidos desde distintas fuentes nacionales. La Dirección Nacional de Estadísticas proporcionó los datos sobre población municipal, urbanización, nivel de pobreza, y nivel económico. La Dirección del Ministerio de Salud entregó los datos sobre las municipalidades y departamentos certificados (incluyendo la fecha exacta de la certificación), que tipo y cantidad de servicios de

atención de salud son prestados en cada comunidad, datos sobre los recursos humanos, información sobre el financiamiento y gastos en hospitales, y el número de residentes inscritos en el programa nacional subsidiado de seguro de salud fundado por el FOSYGA. El Banco interamericano de Desarrollo entregó los datos sobre número y tipo de instalaciones de atención de salud en cada municipalidad. La información fue obtenida durante los cuatro años 1994-1997.

Esta información fue primero objeto de un análisis simple, seguido por una más profunda descripción de las posibles relaciones causa-efecto usando un análisis regresivo múltiple. Los resultados de este análisis cuantitativo en el ámbito nacional fueron complementados en una segunda fase de estudios individuales, como en Chile y Bolivia. Los cada vez mayores problemas de seguridad en Colombia hicieron imprudente realizar esta segunda fase de la investigación. Sin embargo, se pudo aprovechar un estudio hecho por Francisco Yepes y Luz Helena Sánchez Gómez (1999) que proporcionó un análisis cualitativo de la descentralización.

En su estudio informantes claves fueron entrevistados en 11 municipalidades certificadas y en 11 no-certificadas usando una estructurada guía de entrevista, que fue analizada usando El Programa Etnográfico. Los informantes claves incluyeron al personal administrativo (el alcalde y la persona en control del sistema de identificación para beneficiarios de subsidios llamado SISBEN); miembros del consejo (tres miembros del consejo de cada municipalidad que eran actores en la salud y que tenían opiniones divergentes); un mediador (generalmente un abogado que trabaja en la defensa de la comunidad y es seleccionado por los miembros del consejo); miembros de organizaciones sociales relacionadas a la salud (la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado, grupos observadores y los trabajadores de las Empresas Solidaria de Salud); y miembros de la Red de Servicios de Salud Pública (Directores de Hospitales y ESS y especialistas estadísticos oficiales).

## **BOLIVIA**

La base de datos en el ámbito nacional cubre el periodo comprendido entre 1994-1996 e incluye 101 indicadores de todas las 312 municipalidades. Los datos incluían la utilización, gastos, indicadores socio-económicos e indicadores de salud. Los datos fueron obtenidos principalmente desde varias fuentes, las que en su mayoría son de difícil acceso al público. La información relacionada a las inversiones en salud por municipalidades fue obtenida desde el Sistema Nacional de Inversiones dependiente del Ministerio de Vivienda. Los datos sobre gasto fueron obtenidos desde la Contraloría General de la República. La información sobre indicadores de salud fue facilitada por el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Previsión Social. La información sobre participación popular se obtuvieron desde el Ministerio de Desarrollo Sustentable y Planificación. Las cifras de población y pobreza se obtuvieron desde el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992 y del Mapa de la Pobreza de 1995. El análisis de estos datos reveló un número importante de datos extraviados, inconsistencias y una tendencia a sólo incluir las municipalidades con datos relevantes, las que no son representativas del país.

Las limitaciones en la información nacional secundaria hizo necesario recolectar datos sobre más municipalidades. Se desarrolló un "Plan de Trabajo" para 17 municipalidades, en tres departamentos (la Paz, Cochabamba y Santa Cruz). Debido a limitaciones financieras, se seleccionaron municipalidades que fuesen accesibles en tres circuitos, una para cada departamento. Se dio prioridad a aquellas municipalidades cuyo tamaño y características socio-económicas fuesen las más representativas de las realidades del país, principalmente municipalidades rurales y pequeñas.

Utilizando grupos de experimentados entrevistadores y una detallada guía de entrevista, se entrevistaron a los actores municipales locales involucrados en el sector de la salud. Los entrevistados incluyeron a alcaldes, oficiales mayores y aquellos responsables por el área de la salud, concejales, representantes de las DILOS, directores de las principales instalaciones de salud pública de cada municipalidad, médicos, enfermeras, auxiliares de salud, administrativos de las instalaciones, representantes de los Comités de Observación y de las OTBs, pacientes y pobladores.

## ANEXO 3. ESQUEMAS DETALLADOS DE LOS ESPACIOS DE DECISIÓN

### CHILE

Esquema 1. Chile: Formal del Espacio de Decisión en la Atención de Salud Primaria (1988)

FUNCIONES	RANGO DE ALTERNATIVAS		
	LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
<b>Finanzas</b>			
Fuentes de Ingresos		Transferencia Central Afectada (FAPEM), negociada con la municipalidad La opción de entregar fondos locales es limitada por la escasez de fondos municipales disponibles	
Gastos			Asignación de gastos según criterios local (Sujeta a normas de provisión técnica)
Ingresos por Tarifas	no se cobran tarifas por servicios municipales		
<b>Organización de Servicios</b>			
Autonomía de Hospital	No aplicable		
Seguros de Salud	No existen seguros separados		
Mecanismos de Pago		Se permiten bonos	
Programas Requeridos y Normas	Determinados por el SNSS		
<b>Recursos Humanos</b>			
Remuneraciones			Amplio rango de decisión en determinar las remuneraciones y tomar decisiones sobre el contratamiento según la realidad y recursos locales
Contratos			
Funcionarios públicos			Personal municipal cubierto por ley de contratación privada
<b>Reglas de Acceso</b>			
focalización	Libre acceso para los beneficiarios del sistema público de salud		
<b>Reglas de Administración</b>			
Gobierno Local	Alcaldes directamente designados por el presidente		
Directivas de Establecimientos		3 opciones para la administración de las instalaciones de atención primaria y las direcciones de salud	
Direcciones de Salud			
Participación Comunitaria			Según las preferencias de la Municipalidad

Esquema 2. Esquema Formal del Espacio de Decisión en la Atención de Salud Primaria en las Municipalidades Chilenas, 1996

FUNCIONES	RANGO DE ALTERNATIVAS		
	LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
<b>Finanzas</b>			
Fuentes de Ingresos		Transferencia Central Afectada (FAPEM), negociado con la municipalidad	las municipalidades son libres para entregar fondos locales (sólo limitadas por la disponibilidad de fondos municipales)
Gastos		las asignaciones son limitadas por regulaciones sobre remuneraciones y contratación dado que los gastos en remuneraciones constituyen una parte importante del gasto total en atención de salud pública	
Ingresos por Tarifas	No se cobran tarifas por servicios municipales		
<b>Organización de Servicios</b>			
Autonomía de Hospital	No aplicable		
Seguros de Salud	No existen seguros separados		
Mecanismos de Pago		Se permiten bonos	
Programas Requeridos y Normas	Determinados por el SNSS		
<b>Recursos Humanos</b>			
Remuneraciones	El nuevo Estatuto estableció normas centrales sobre remuneración		
Contratos		Contratos limitados por el Estatuto	
Funcionarios Públicos	Estatuto estableció nuevas reglas de manejo de los funcionarios públicos en salud		
<b>Reglas de Acceso</b>			
focalización	Libre acceso para los beneficiarios del sistema público de salud		
<b>Reglas de Administración</b>			
Gobierno Local			Alcaldes elegidos democráticamente
Directivas de Establecimientos		3 opciones para la administración de las instalaciones de atención primaria y las direcciones de salud	
Direcciones de Salud			
Participación Comunitaria			Participación Comunitaria según las preferencias de la municipalidad

**BOLIVIA**

Esquema 3. Espacio de Decisión Local: Gobierno Municipal Después de la Ley de Participación Popular de 1994

FUNCIÓN	RANGO DE ALTERNATIVAS		
	LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
<b>Finanzas</b>			
Fuentes de Ingresos			La municipalidad puede asignar entre un 0% y un 60% de sus recursos provenientes fondos de co-participación en la salud. La asignación de ingresos por impuestos locales en la salud no está limitada.
Asignación de Gastos		Pocas retriicciones sobre los gastos en general, pero las municipalidades no pueden determinar la remuneración y no pueden gastar más de un 15% de los fondos de co-participación en remuneraciones a personal contratado.	
Ingresos por Tarifas y Contratos		instalaciones pueden determinar sus propias tarifas dentro de un rango aprobado por el ministerio	
<b>Organización de Servicios</b>			
Autonomía Hospitalaria		Reglas ambiguas sobre la estructura de la administración Hospitalaria municipal permite cierto grado de varación	
Seguros de Salud	No existen seguros locales para las instalaciones públicas		
Mecanismos de Pago		El gobierno central paga las remuneraciones a través de direcciones regionales. Existe un rango amplio de decisión en el pago de otros items	
Contratos con prestadores privados		se permiten contratos privados limitados	
Programas requeridos y normas de servicio		Las normas de servicio son definidas por el ministerio, pero se permite un moderado rango de decisión local dentro de las normas	

<b>Recursos Humanos</b>			
Remuneraciones	La dirección local del ministerio determina las remuneraciones y pagos; participación mínima de la comunidad local en la contratación y despido de personal		
Contratos	Poca o inexistente contratación de personal no permante		
Funcionarios públicos	manejo de funcionarios públicos centralmente administrado		
<b>REGLAS DE ACCESO</b>			
Focalización			Mínima focalización por parte de las autoridades
<b>REGLAS DE ADMINISTRACIÓN</b>			
Gobierno Local			Gobiernos locales elegidos democráticamente
Directivas de Establecimientos	No existen Directivas de Establecimientos		
Direcciones de Salud	La ley de participación popular define el papel el gobierno municipal, las DILOS y las instalaciones de salud		
Participación Comunitaria	Participación Comunitaria en el gobierno municipal a través de OTBs y Comités de Vigilancia y en las DILOS – definidas por leyes nacionales		

Esquema 4. Formal del Espacio de Decisión después del Seguro de Salud Materno-infantil de 1996

FUNCIÓN	RANGO DE ALTERNATIVAS		
	LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
<b>Finanzas</b>			
Fuentes de Ingresos		Las municipalidades están "forzadas" a asignar un 3.2% de sus fondos de co-participación en un paquete específico de beneficios de salud. La asignación de ingresos por impuestos locales en la salud no está limitada.	
Asignación e Gastos		Pocas restricciones sobre los gastos en general, pero las municipalidades no pueden determinar la remuneración y no pueden gastar más de 15% de los fondos de co-participación en remuneraciones a personal contratado.	
Ingresos por Tarifas y Contratos	Las instalaciones están obligadas a prestar un paquete básico o de beneficios de salud gratuito para madres y niños. Las instalaciones pueden determinar las tarifas para otros servicios dentro de rangos aprobados por el Ministerio.		
<b>Organización de Servicios</b>			
Autonomía Hospitalaria		Reglas ambiguas sobre la estructura de la administración Hospitalaria municipal permite cierto grado de variación	
Seguros de Salud	No existen seguros locales para las instalaciones públicas		
Mecanismos de Pago		El gobierno central paga las remuneraciones a través de direcciones regionales. Existe un rango amplio de decisión en el pago de otros ítems	

Contratos con prestadores privados		se permiten contratos privados limitados	
Normas de servicio	El Ministerio define más específicamente las normas de servicio para el paquete básico de salud materno-infantil		
<b>Recursos Humanos</b>			
Remuneraciones	La dirección local del ministerio determina las remuneraciones y pagos; participación mínima de la comunidad local en la contratación y despido		
Contratos	Poca o inexistente contratación de personal no permante;		
Funcionarios públicos	manejo de funcionarios públicos centralmente administrado		
<b>REGLAS DE ACCESO</b>			
Focalización	Focalización en madres y niños a través del programa de seguros del Ministerio		
<b>REGLAS DE ADMINISTRACIÓN</b>			
Gobierno Local			Gobiernos locales elegidos democráticamente
Directivas de Establecimientos	No existen Directivas de Establecimientos		
Direcciones de Salud	La ley de participación popular define el papel el gobierno municipal, las DILOS y las instalaciones de salud		
Participación Comunitaria	Participación Comunitaria en gobierno municipal a través de OTBs y Comités de Vigilancia y en las DILOS – determinada por leyes a nivel nacional		

## COLOMBIA

Esquema 5. Esquema del Espacio de Decisión para las Municipalidades Colombianas antes del Certificación

FUNCIONES	RANGO DE ALTERNATIVAS		
	LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
<b>Finanzas</b>			
Fuentes de Ingresos	Transferencia ingergubernamental afectada: un porcentaje de la "participación municipal" y otros impuestos locales está "forzosadamente" asignado a la salud.		
Gastos		Las instalaciones determinan y retienen las tarifas – participantes municipales en las directivas influyen en las decisiones	
Ingresos por Tarifas	control departamental de los gastos del situado fiscal		
<b>Organización de Servicios</b>			
Autonomía Hospitalaria	La autonomía hospitalaria es definida por leyes nacionales – no hay alternativas a nivel municipal		
Seguros de Salud	El sistema de seguro social es definido por leyes nacionales		
Mecanismos de Pago	La mayor parte del financiamiento consiste en pagos presupuestarios directos a prestadores públicos		
Programas Requeridos y Normas	Determinados por el Ministerio de Salud		
<b>Recursos Humanos</b>			
Remuneraciones	remuneraciones determinadas por el Ministerio en negociación con los sindicatos		
Contratos		Se permite el uso de personal contratado, pero en la práctica esto está limitado	
Funcionarios públicos	nuevas reglas de contratación y despido de funcionarios públicos son impuestas, también aplicadas a los funcionarios actuales		
<b>Reglas de Acceso</b>			
Focalización	El Test de SISBEN es definida nacionalmente, y deben ser implementadas por las municipalidades		

<b>Administración</b>			
Gobierno Local			alcaldes elegidos directamente
Directivas de Establecimientos	No existen		
Direcciones de Salud			Participación Comunitaria según las preferencias de la
Participación Comunitaria			Participación Comunitaria según las preferencias de la municipalidad

Esquema 6. Colombia: Espacio de Decisión Formal Después de la Certificación

FUNCIONES	RANGO DE ALTERNATIVAS		
	LIMITADO	MODERADO	AMPLIO
<b>Finanzas</b>			
Fuentes de Ingresos		La afectación del Situado Fiscal permite un rango de decisión sobre las asignaciones a salud y educación	
Gastos		las afectaciones para "subsido de la demanda" de los aseguradores y reservadas para promoción y prevención	
Ingresos por Tarifas		Las instalaciones determinan y retienen las tarifas – participantes municipales en las directivas influyen en las decisiones	
<b>Organización de Servicios</b>			
Autonomía de Hospital	La autonomía hospitalaria es definida por leyes nacionales – no hay alternativas a nivel municipal		
Seguros de Salud	El sistema de seguro social es definido por leyes nacionales		
Mecanismos de Pago	Determinados por el Ministerio de Salud		
Programas Requeridos y Normas		Algunos mecanismos de pago son negociados entre la instalación y los aseguradores (participantes municipales en la directiva de la instalación). Pagos presupuestarios directos determinados por el gobierno municipal	
<b>Recursos Humanos</b>			
Remuneraciones	remuneraciones determinadas por el Ministerio en negociaciones con los sindicatos		
Contratos		Uso generalizado de personal contratado	
Funcionarios públicos	nuevas reglas de la contratación y despido de funcionarios públicos impuestas con protección extendida a funcionarios actuales		
<b>Reglas de Acceso</b>			
Focalización	El Test de SISBEN es definido nacionalmente, y se requiere su implementación por las municipalidades		
<b>Administración</b>			
Gobierno Local			alcaldes elegidos directamente
Directivas de Establecimientos	No existen		
Direcciones de Salud	Direcciones municipales transferidas de direcciones districtales del Ministerio		
Participación Comunitaria			Participación Comunitaria según las preferencias de la municipalidad

## ANEXO 4. INDICADORES PARA ESQUEMATIZAR EL ESPACIO DE DECISIÓN

<b>Función</b>	<b>Indicador</b>	<b>Rango de Alternativas Amplio</b>	<b>Moderado</b>	<b>Limitado</b>
<b>Finanzas</b>				
Fuentes de Ingresos	Transferencias intergubernamentales como % de gasto total local en salud	Bajo %	mod%	bajo %
Asignación de gastos	% del gasto local explícitamente afectado por autoridades de mayor rango	bajo %	mod %	bajo %
Tarifas	rango de tarifas permito a las autoridades locales	no hay límites o rango limitado	rango moderado	no hay límites
Contratos	Número de modelos permitidos	uno (o ninguno)	varios modelos	no hay límites
<b>Organización de Servicios</b>				
Autonomía Hospitalaria	Varias decisiones sobre rango de autonomía hospitalaria	determinados por ley o autoridad de mayor	se puede escoger entre varios modelos	no hay límites
Seguros de Salud	Varias decisiones sobre diseño de Seguros de Salud	determinados por ley o autoridad de mayor	se puede escoger entre varios modelos	no hay límites
Mecanismos de Pago	Varias decisión sobre cómo pagar a prestadores (incentivos y bonos)	determinados por ley o autoridad de mayor	se puede escoger entre varios modelos	no hay límites
Programas requeridos	specificidad de normas para programas locales	normas rígidas	normas flexibles	no hay normas, o pocas normas
<b>Recursos Humanos</b>				
Remuneraciones	cambio en remuneraciones	determinados por ley o autoridad de mayor	rango moderado de remuneraciones	no hay límites
Contratos	contratación de personal no permanente	Ninguno o con la aprobación de autoridad de rango mayor mayor	se puede escoger entre varios modelos	no hay límites
Funcionarios públicos	contratación de personal permanente	funcionarios públicos nacionales	funcionarios públicos locales	no hay funcionarios públicos
<b>Reglas de Acceso</b>				
Focalización	definición de poblaciones prioritarias	definida por ley o auroidad de rango mayor	se puede escoger entre varios modelos	no hay límites
<b>Reglas de Administración</b>				
Directivas de Establecimientos	tamaño y composición de directivas	definida por ley o auroidad de rango mayor	se puede escoger entre varios modelos determinados centralmente	no hay límites
Direcciones Regionales	tamaño y composición de direcciones regioinales	definida por ley o auroidad de rango mayor	se puede escoger entre varios modelos determinados centralmente	no hay límites
Participación Comunitaria	tamaño, número, composición y papel de comunidad	definida por ley o auroidad de rango mayor	se puede escoger entre varios modelos	no hay límites

## PUBLICACIONES DE LA INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

---

1. Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe (Español e Inglés)
2. Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe (Español e Inglés)
3. Análisis del Sector Salud en Paraguay (Versión Preliminar)
4. Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector de la Salud (Español e Inglés)
5. Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998) (Español e Inglés)
6. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud
7. Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo
8. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia
9. Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador
10. Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala
11. Cuentas Nacionales de Salud: México
12. Cuentas Nacionales de Salud: Perú
13. Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana (Versión Preliminar)
14. Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua
15. Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador (Versión Preliminar)
16. Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network
17. Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation, and Performance
18. Comparative Analysis of Policy Processes: Enhancing the Political Feasibility of Health Reform
19. Lineamientos para la Realización de Análisis Estratégicos de los Actores de la Reforma Sectorial en Salud
20. Strengthening NGO Capacity to Support Health Sector Reform: Sharing Tools and Methodologies
21. Foro Subregional Andino sobre Reforma Sectorial en Salud. Informe de Relatoría. (Santa Cruz, Bolivia, 5 a 6 de Julio de 1999)
22. State of the Practice: Public-NGO Partnerships in Response to Decentralization

23. **State of the Practice: Public-NGO Partnerships for Quality Assurance**
24. **Using National Health Accounts to Make Health Sector Policy: Findings of a Latin America/Caribbean Regional Workshop**
25. **Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Contratación de los Servicios de Salud Primaria. Un Documento de Análisis de Experiencias (Español e Inglés)**
26. **Asociaciones entre el Sector Público y las Organizaciones No Gubernamentales: La Función de las ONG en la Reforma del Sector Salud (Español e Inglés)**
27. **Análisis del Plan Maestro de Inversiones en Salud (PMIS) de Nicaragua**
28. **Plan de Inversiones del Ministerio de Salud 2000-2002**
29. **La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia, y Bolivia (Español e Inglés)**
30. **Orientaciones para Promover la Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica (Español e Inglés)**
31. **Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America**
32. **Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Colombia Case Study**
33. **Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Chile Case Study**
34. **Applied Research on Decentralization of Health Care Systems in Latin America: Bolivia Case Study**
35. **La Descentralización de los Servicios de Salud en Bolivia**
36. **Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud: Un Análisis Comparativo de Chile, Colombia y México (Español e Inglés)**
37. **Orientaciones para el Mejoramiento de la Factibilidad Política de la Reforma en Salud en Latinoamérica (Español e Inglés)**
38. **Methodological Guidelines for Enhancing the Political Feasibility of Health Reform in Latin America**
39. **Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Colombia Case**
40. **Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Chile Case**
41. **Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: The Mexico Case**

## **Ediciones Especiales**

1. **Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América latina y el Caribe**
2. **Guía Básica de Política: Toma de Decisiones para la Equidad en la Reforma del Sector Salud**

Para obtener o ver una copia electrónica de las publicaciones por favor entre a la Página  
Electrónica de la Iniciativa:

**[HTTP://WWW.AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM.ORG](http://www.americas.health-sector-reform.org)**

y seleccione "Inventario de Productos de la Iniciativa LACRSS"