

6. REVISIÓN DE OTRAS EXPERIENCIAS DE Cogestión Estudio Comparativo de Otros Marcos Normativos Nacionales e Internacionales en Materia de Cogestión.

Julio César Puntriano Suárez
Consultor en Gestión Pública

6.1 EXPERIENCIAS NACIONALES EN MATERIA DE COGESTIÓN, DISTINTAS AL MODELO DE COGESTIÓN CLAS.

En el presente Capítulo se referencia y analiza el marco normativo correspondiente dos experiencias en materia de Cogestión en el ámbito nacional así como se proponen algunas reflexiones finales respecto al Modelo de Cogestión CLAS.

6.1.1 El Programa del Vaso de Leche.

La Ley N° 24059

Mediante Ley N° 24059 se crea el Programa del Vaso de Leche en todos los municipios provinciales del Perú destinados a la población materno – infantil en sus niveles de niños de 0 a 6 años de edad, de madres gestantes y en período de lactancia, con derecho a la provisión diaria por parte del Estado, a través de los municipios, sin costo alguno para ellas, de 250 cc. de leche o alimento equivalente (Artículo 1°).

Las Municipalidades provinciales adoptan las medidas pertinentes para organizar, ejecutar y controlar las acciones necesarias para el cumplimiento del Programa, contando para ello con el concurso activo de las organizaciones de la comunidad.

Asimismo, se crea un Fondo para el Programa el cual se conforma por los recursos del Presupuesto de la República asignados para tal fin, los aportados por las propias Municipalidades y las donaciones de la cooperación internacional, disponiéndose que éste (el Fondo) será el encargado de

asignar los recursos necesarios para la ejecución del Programa a cada Municipalidad Provincial en relación a la población beneficiaria de cada Provincia.

La norma crea un mecanismo en virtud del cual las Municipalidades Provinciales formulan presupuestalmente los gastos del programa e informan al Fondo del Vaso de Leche sobre el monto de los recursos necesarios, en base a lo cual el Ministerio de Economía, Finanzas y Comercio, debía efectuar las transferencias de recursos para el financiamiento del programa al Fondo del Vaso de Leche.

La Ley N° 26637

Mediante Ley N° 26637, se establece que el Ministerio de Economía y Finanzas se encargue, a partir del 1° de octubre de 1996, de aprobar los montos que se transferirán a las Municipalidades Provinciales y Distritales del país, aplicando los índices que para el caso utiliza en las demás Municipalidades del país.

En el Artículo 4° de la precitada ley, se establece que en cada Concejo Distrital se conformará u Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche, aprobado mediante Resolución de Alcaldía, con acuerdo del Concejo Municipal.

Las Municipalidades provinciales, en los Distritos Capital de la Provincia, y las Municipalidades Distritales, en su jurisdicción, organizan y determinan los Clubes de Madres o Comités del Vaso de Leche que se encargan de la atención del Programa.

La Ley N° 27470

Mediante la Ley N° 27470 se establecen normas complementarias sobre organización, administración de recursos y ejecución del Programa del Vaso de Leche que tienen a su cargo los Gobiernos Locales, conforme a lo siguiente :

Conformación del Comité de Administración

- En cada municipalidad provincial en el distrito capital de la provincia, en las municipalidades distritales y delegadas ubicadas en su jurisdicción, se conforma un Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche, el mismo que es aprobado mediante Resolución de Alcaldía con Acuerdo del Concejo Municipal.
- El Comité de Administración está conformado por el Alcalde, un funcionario municipal, un representante del Ministerio de Salud y tres representantes de la Organización del Programa del Vaso de Leche, elegidas democráticamente por sus bases, de acuerdo a los estatutos de su organización y adicionalmente deberá estar conformado por un representante de la Asociación de Productores Agropecuarios de la región o zona, cuya representatividad será debidamente acreditada por el Ministerio de Agricultura.
- El Reglamento de Organización y Funciones del Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche será aprobado por dicho Comité y deberá ser reconocido por el Concejo Municipal.

Rol de las Municipalidades

- Son responsables de la ejecución del Programa del Vaso de Leche, en coordinación con la Organización del Vaso de Leche, organizan, programan, coordinan y ejecutan la implementación de dicho Programa en sus fases de selección de beneficiarios, programación, distribución, supervisión y evaluación.
- Cada municipalidad es responsable de definir el tipo de alimento en el cual ejecuta el Programa del Vaso de Leche dentro del marco de la ley, debiendo buscar la eficiencia en la utilización del producto y ejecución del gasto.
- Las Municipalidades, en coordinación con el Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche, efectúan el empadronamiento o encuestas para determinar la población objetivo del Programa e informan semestralmente al Instituto Nacional de Estadística, bajo responsabilidad.

Rol del Comité de Administración

- El Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche, es reconocido por la Municipalidad correspondiente. Es el responsable de la selección de los proveedores de acuerdo a los criterios legales establecidos para el efecto.
- Los integrantes del Comité del Programa del Vaso de Leche ejercen sus funciones máximo hasta por un período de 2 (dos) años consecutivos, no pudiendo ser reelectos en forma inmediata.

Administración de los Recursos

- Los montos que transfiere el Ministerio de Economía y Finanzas para el Programa financian únicamente el valor de la ración alimenticia pudiendo cubrir, de acuerdo con la disponibilidad existente, el valor del azúcar. Asimismo, los gastos de operación o funcionamiento son cubiertos por las municipalidades con recursos directamente recaudados y/o con donaciones.
- Los intereses generados por depósitos en el sistema financiero de los recursos correspondientes al Programa del Vaso de Leche, se incorporan al Presupuesto Municipal, previamente a su ejecución, y se destinan a la adquisición de insumos y/o gastos de operación del citado programa.

Rol el Ministerio de Economía y Finanzas

- El MEF aprueba mediante resolución ministerial los índices de distribución de los recursos que destina para financiar el Programa del Vaso de Leche de las municipalidades distritales a nivel nacional, debiendo considerar entre los criterios de distribución, principalmente, el índice de pobreza, conjuntamente con el demográfico de acuerdo con los beneficiarios a ser atendidos.
- El MEF asigna mensualmente, mediante Calendarios de Compromisos, los recursos que por concepto del Programa del Vaso de Leche se encuentran aprobados en la Ley Anual de Presupuesto y conforme a la Programación Mensual ejecutada sobre la base del Presupuesto Institucional de Apertura

6.1.2 Las "Entidades Receptoras" de FONCODES.

La Ley N° 25695

Mediante Ley N° 25695, se autoriza al Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES), "... a destinar los recursos de que dispone al desarrollo de un Programa de Emergencia de Pequeñas Inversiones en los ámbitos urbano marginales y rural, en todo el territorio nacional", conforme a lo siguiente :

- El Programa financia Proyectos que incidan en los siguientes "campos" :
 - Obras de infraestructura y saneamiento urbano en agua potable y desague.
 - Obras de electrificación.
 - Construcción y reacondicionamiento de postas médicas y locales escolares.
 - Construcción, rehabilitación y reparación de caminos vecinales.
 - Otros que apruebe el Directorio del FONCODES.

Para tal efecto, la ley establece que dichos Proyectos debían ser de alto impacto económico y social.

- En el Artículo 6° se establece que la ejecución de los proyectos están a cargo de las "entidades representativas de la comunidad organizada".
- Dichas Entidades presentan al FONCODES sus Proyectos de Inversión con una memoria descriptiva y los respectivos presupuestos.
- Una vez aprobados los Proyectos, FONCODES transfiere a la respectiva entidad beneficiaria los recursos correspondientes, cuyo correcto empleo y aplicación es de responsabilidad de la misma.
- Dicha transferencia de recursos a las Entidades representativas de la comunidad organizada se efectúa a título de donación.
- Dentro de los 30 días de culminadas las obras, la Entidad Beneficiaria de los recursos presentará a FONCODES un informe final de la ejecución del proyecto y la rendición de cuentas correspondiente.
- FONCODES supervisa la ejecución de las obras sin perjuicio del control que pudiera corresponderle a la Contraloría General de la República.

La Ley N° 27171

Mediante la Ley N° 27171, se declara de necesidad y utilidad públicas el saneamiento físico – legal y contable de las obras de inversión social financiadas por el FONCODES así como su transferencia en propiedad a las Entidades Receptoras responsables de su administración y mantenimiento.

En el Artículo 2° de la precitada ley, se define como Entidades Receptoras a : Gobiernos Locales, Comunidades Campesinas, Nativas, Educativas y de Salud, organizaciones sociales y organizaciones de carácter religiosas que cumplen labores de apoyo social.

En el Artículo 4°, se establece que los órganos desconcentrados de la Superintendencia Nacional de Registros Públicos y el Registro Predial proceden a inscribir a nivel nacional la propiedad de las obras transferidas a favor de las Entidades Receptoras, disponiéndose expresamente que dichas "... inscripciones están exoneradas del pago de cualquier derecho registral creado o por crearse".

6.1.3 Reflexiones.

6.1.3.1 Respecto al Programa del Vaso de Leche.

Roles claramente definidos.

- Tal vez, en razón a la antigüedad y la experiencia acumulada, se aprecia que la Ley N° 27470 ha establecida con suma claridad cuáles son los roles de los actores públicos y privados que intervienen en la gestión del Programa del Vaso de Leche (PVL), a saber :
- Se aprecia que el Gobierno Central (representado por el MEF) centraliza la decisión respecto a cuánto transferir, contando con un gran margen de discrecionalidad.

Asimismo, es el dueño de los recursos del Programa y controla totalmente, respecto a los mismos, las Fases de Programación y Formulación Presupuestal (los considera en su Presupuesto Institucional) y, en parte, su ejecución : aprueba los Calendarios de Compromisos y efectúa la Programación Trimestral.

En suma el Proceso de Asignación es controlado por el Nivel Central.

- El Gobierno Local es el responsable territorial del Estado respecto a todos los aspectos que involucra el desarrollo del Programa.

Aunque la norma no lo señala expresamente, los recursos transferidos por el MEF son incorporados en el Presupuesto Municipal (Fuente de

Financiamiento 13. Donaciones y Transferencias) y son ejecutados directamente por la administración municipal

Tabla N° 13 : Actores y Roles en el Programa del Vaso de Leche

Actor	Roles
Ministerio de Economía y Finanzas	<ul style="list-style-type: none"> Financia el Programa. Establece los criterios para la determinación de los Indices de distribución de los recursos del Programa debiendo considerar el Índice de Pobreza y Demográfico. Prevé los recursos del Programa en su Presupuesto Institucional. Es responsable de la programación del gasto así como de la asignación de los recursos, mensualmente, via Calendario de Compromisos.
Municipalidades Provinciales, Distritales y Delegadas.	<ul style="list-style-type: none"> Son responsables de la ejecución del Programa del Vaso de Leche. Coordinan con la <i>Organización del Vaso de Leche</i>, la organización, programación, coordinación y ejecución de la implementación de dicho Programa en sus fases de selección de beneficiarios, programación, distribución, supervisión y evaluación. Aprueban, mediante Resolución de Alcaldía con Acuerdo del Concejo Municipal, la conformación de un Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche. Definen el tipo de alimento en el cual ejecuta el Programa del Vaso de Leche, debiendo buscar la eficiencia en la utilización del producto y ejecución del gasto. Efectúan, en coordinación con el Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche, el empadronamiento o encuestas para determinar la población objetivo e informan semestralmente al INEI.
Comités de Administración del PVL.	<ul style="list-style-type: none"> Se conforma por el Alcalde, un funcionario municipal, un representante del Ministerio de Salud y tres representantes de la <u>Organización del Programa del Vaso de Leche, elegidas democráticamente por sus bases, de acuerdo a los estatutos de su organización.</u> Adicionalmente, está conformado por un representante de la Asociación de Productores Agropecuarios de la región o zona, debidamente acreditado por el Ministerio de Agricultura. Es el responsable de la selección de los proveedores de acuerdo a los criterios legales establecidos para el efecto. Los integrantes del Comité del Programa del Vaso de Leche ejercen sus funciones máximo hasta por un periodo de 2 (dos) años consecutivos, no pudiendo ser reelectos en forma inmediata.
Organizaciones Sociales de Base (Comités del Vaso de Leche/Comedores Populares)	<ul style="list-style-type: none"> Eligen a sus tres representantes al Comité de Administración del PVL, de acuerdo a los estatutos de la Organización del Vaso de Leche de la zona. Participan activamente en la operación del Programa (organización, programación, coordinación y ejecución de la implementación del Programa) en sus fases de selección de beneficiarios, programación, distribución, supervisión y evaluación.

Asimismo, define el tipo de alimento a ser utilizado en el Programa y dentro de ese parámetro el Comité de Administración selecciona a los Proveedores.

Es responsable de remitir información estadística relativa a la población objetivo del Programa. En suma, la administración el Programa es asumida totalmente por el Nivel Local.

No hay participación del nivel intermedio de gobierno (Regiones).

- El Comité de Administración, tiene una conformación que integra a la autoridad política local, al estamento administrativo municipal, a los representantes de la organización del Vaso de Leche de la zona así como al Sector directamente involucrado (Salud) en los objetivos primigenios del Programa.

Es de resaltar que el procedimiento de elección de los miembros del Comité es expeditivo y se sujeta a las reglas de la propia organización de base. Su formalización es a través de una Resolución de Alcaldía con Acuerdo de Concejo. No se requieren mayores trámites registrales ni notariales.

El papel del Comité se concentra en la selección de los proveedores del Programa y sus funciones son establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones que aprueba el mismo y que debe ser reconocido por el Concejo Municipal.

En suma, el papel del Comité estaría orientado -antes que co participar en la administración del Programa- al Control Social en lo que concierne a la selección de los proveedores e insumos del Programa.

- La población opera el Programa. En realidad, asume los costes de transacción vinculados a la organización, selección de beneficiarios y distribución del Programa, dado que el financiamiento sólo cubre el valor de la ración. Este esquema es más eficiente en relación a si dichas funciones las asumiera la Municipalidad o el Nivel Central.
- Es de resaltar que la población participa de manera indirecta, a través de las organizaciones sociales de base funcionales al programa.

Inexistencia de un régimen de incentivos.

- Si la gestión del Programa en el ámbito local es sobresaliente en términos de eficiencia ¿qué gana el territorio?. ¿Mayores transferencias para Inversiones para el desarrollo productivo y/o social?
- Llevado al caso extremo, el éxito del Programa podría significar -incluso- la reducción de beneficiarios que califiquen como población objetivo. En este caso, ¿el Gobierno Local perdería el importe de las transferencias?.
- Dicho de otro modo, tal como está diseñado el Modelo del Programa del Vaso de Leche, éste desalienta los esfuerzos territoriales para que las condiciones sociales no mejoren, dado que exhibir -por ejemplo- un alto índice de pobreza por parte de una determinada localidad puede

significar, dentro de lógica que impulsa el Programa, mayores transferencias por parte del Gobierno Central.

Es un Modelo de Cogestión limitado

- A la luz de lo prescrito por la normatividad, el Comité de Administración del PVL detenta expresamente una sólo función de carácter más bien operativo : Ejercer el *Control Social* en la contratación de los insumos a ser utilizados en el Programa, ya que es su responsabilidad seleccionar a los proveedores, pero de acuerdo al tipo de insumo definido previamente por la Municipalidad.
- Por tanto, implica un mecanismo de descentralización operativa que no involucra el desempeño de funciones administrativas.

Se impulsa la Participación Social en la producción

- La población, a través de las Organizaciones Sociales de Base vinculadas a las finalidades del PVL, participa en la producción. Se trata, por ende, de un proceso de descentralización operativa.
- Debe resaltarse que el mecanismo de elección de los representantes de la población es bastante simple y pero eficaz –desde el punto de vista de la legitimidad de los mismos- dado que los mismos son propuestos en virtud a elecciones efectuadas por la organización territorial del PVL (que involucra a numerosos comités y comedores) conforme a sus propias reglas.
- Dicho mecanismo de elección de los representantes de la Comunidad ante el Comité de Administración del PVL, fortalece el Capital Social del Territorio dado que involucra a actores sociales de dicho espacio así como reconoce sus instituciones (reglas formales o informales establecidas por dichas organizaciones).
- Adicionalmente, conviene señalar que dicho mecanismo de elección de los representantes de la población aseguran no sólo el compromiso personal de los mismos sino de la Organización a la que representan.

6.1.3.2 Respecto a las Entidades Receptoras de FONCODES

Roles claramente definidos.

- En el presente caso, de acuerdo a lo estipulado en la Ley N° 25695, es presenta con claridad los actores intervinientes y sus roles, a saber :

Tabla N° 14 : Actores y Roles en las Entidades Receptoras de FONCODES

Actör	Roles
FONCODES	<ul style="list-style-type: none"> • Financia el Programa. • Aprueba los Proyectos de Inversión (Memoria descriptiva y Presupuesto) propuestos por diversos Actores Territoriales, bajo el criterio de "alto impacto económico y social". • Prevé los recursos del Programa en su Presupuesto Institucional. • Dona los recursos necesarios, al Actor Territorial requiriente, para el financiamiento de las obras. • Supervisa la ejecución de las Obras
Actores Territoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Es toda organización, pública o privada (sin fines de lucro) ubicada en el territorio. • Son responsables de diseñar los Proyectos de inversión. • Son los ejecutores de las obras propuestas y aprobadas, para cuyo efecto, cuentan con independencia administrativa y operativa. • Culminada la Obra, rinden cuenta respecto de los gastos realizados al FONCODES. • Los trámites registrales para la primera inscripción de las Obras son absolutamente gratuitos.

Es un Modelo que impulsa la Descentralización en la Producción hacia Actores Territoriales Locales.

- La función de Asignación está reservada para el nivel de gobierno nacional, representado por FONCODES. Dicha Institución es la que finalmente decide y aprueba cuáles obras son las que se ejecutan.

No se advierte que sus decisiones se encuentren "articuladas" a procesos integrales de desarrollo territorial de carácter local o regional. En tal sentido, no advierte ningún grado de participación por parte de los niveles de gobierno intermedio y local en el proceso de Asignación.

- Sin embargo, implica la descentralización total de la Producción hacia Actores Territoriales Locales, ubicando en el mismo nivel a los Gobiernos Locales, a las Organizaciones Sociales de Base, a las Comunidades Campesinas, Nativas, de Salud y Educación e, incluso a Organizaciones Religiosas que cumplen labores de apoyo social.

Es un Modelo que utiliza la Participación Social como un medio para lograr eficiencia en la Producción dentro de una lógica vertical

- Se aprecia que en el Proceso de Asignación de este Modelo no se recoge las "lógicas" de desarrollo territorial subnacional. Por tanto, responde a una lógica vertical (enfoque top down) cuyo sustento descansa en razones de eficiencia y de obtención de "impactos" más bien agregados, es decir, en términos nacionales.

Esta omisión es grave dado que al constituir las obras que financian bienes públicos locales, las mismas deberían estar orientadas a lograr - principalmente- objetivos estratégicos de desarrollo local y/o regional.

6.1.3.3 Respeto al Modelo de Cogestión CLAS

Existencia de Marcos Legales que respaldan a los Modelos.

- Tanto el caso del PVL como en el de las Entidades Receptoras del FONCODES, se han dictado leyes que han permitido establecer un marco normativo para formalizar y/o institucionalizar actores así como procedimientos sin necesidad de acudir a una profusión de normas reglamentarias y recursos jurídicos para la implementación de los Modelos
- A diferencia del Modelo de Cogestión CLAS, en que es necesario constituir una Asociación Civil para su funcionamiento (con los costos de transacción que ello representa), en los Modelos estudiados la constitución de los entes participativos se formalizan con una simple Resolución de Alcaldía (en el caso del Comité de Administración del PVL) o, en el caso del FONCODES, simplemente se "aprovechan" los actores territoriales existente.
- La principal ventaja de contar con un marco legal (es decir, con una norma con rango de ley que implemente el Modelo), es que permite institucionalizar actores y procedimientos e, incluso, exonerar de ciertos gastos a los actores territoriales (como se verifica en el caso de las Entidades Receptoras, a las que se las ha exonerado de cualquier gasto por derechos registrales) y otros costes en que incurran, ventajas de las que no goza el actual Modelo de Cogestión CLAS".

Aprovechamiento de los Actores Territoriales existentes.

- A diferencia del Modelo de Cogestión CLAS, en los Modelos estudiados se aprovechan a los actores territoriales locales.

Nótese que en el caso del PVL, los Comités Locales del Vaso de Leche no son equivalentes al Comité de Administración del PVL. En el primer caso, éstos son organizaciones sociales de base, en el segundo, constituyen una instancia intermedia compuesta por actores sociales, sectoriales, económicos y municipales.

²⁷ En la actualidad, los gastos por elaboración de Minutas, trámites notariales y registrales, así como las demoras y gestiones que requieren, implican la distracción de importes no despreciables de recursos que deberían enfocarse en las actividades principales de los CLAS.

- En el Modelo de Cogestión CLAS se crea un nuevo actor territorial, utilizando una figura societaria civil. Asimismo, el Modelo tampoco supone la participación directa o indirecta de los Actores Sociales territoriales. Si se quiere, los mecanismos de elección de los miembros de la Asamblea General del CLAS no aseguran una clara representatividad social territorial.

El rol de los Niveles de Gobierno Subnacional

- En el caso del PVL hay una clara municipalización en la funciones de Producción. Sin embargo, dicho modelo no considera al nivel de gobierno regional.
- En el caso de las Entidades Receptoras de FONCODES, las Municipalidades son consideradas en el mismo estatus de cualquier actor territorial. Tampoco, se considera ningún grado de participación del nivel de gobierno intermedio (Región).
- En el caso del Modelo de Cogestión CLAS, las Municipalidades no son consideradas como actores activos. El nivel de Gobierno Regional participa indirectamente (a través de la DIRESA) más bien por razones sectoriales que por motivaciones territoriales.
- En los tres casos existe una clara centralización del proceso de Asignación en el nivel de Gobierno Central y diferentes procesos de descentralización de la Producción hacia ámbitos territoriales subnacionales (con marcada incidencia en los espacios locales).

6.2 EXPERIENCIAS LATINOAMERICANAS EN MATERIA DE DESCENTRALIZACIÓN /PARTICIPACIÓN

6.2.1 La Experiencia Argentina.

En Argentina, el motivo esencial de la descentralización en salud fue aliviar la carga fiscal a nivel central, más que un búsqueda de eficiencia o equidad.

A juzgar por la magnitud del presupuesto de salud que se ejecuta a nivel subnacional y por las facultades decisorias que han sido transferidas a las provincias, la descentralización de los servicios de salud en Argentina tanto en el sentido político-territorial como económico está bastante avanzada.

Sólo aproximadamente un 14 por ciento del gasto público en salud se realiza a nivel nacional; el 70 por ciento se realiza a nivel provincial, y otro 16 por ciento se efectúa a nivel de municipio.

Menos del 1 por ciento de los establecimientos hospitalarios es administrado por las autoridades nacionales de salud, un 70 por ciento es administrado a nivel provincial y un 20 por ciento es administrado a nivel municipal (González-Prieto y Alvarez, 1999).

El proceso de descentralización de los servicios de salud en Argentina se encuadra en un contexto fuertemente marcado por las restricciones presupuestarias que han afectado al sector público en general y el financiamiento de los programas sociales en particular.

Por otra parte, la experiencia argentina presenta ciertos elementos específicos que la diferencian del resto. En primer lugar, se trata del caso más intenso y de mayor trayectoria de descentralización de la salud en la región, tanto por la cuantía de recursos ejecutados por los niveles subnacionales, como por las facultades y poder de decisión traspasados a las provincias.

Además, se trata de una compleja estructura en la que, tan importante como el sistema público es el de las 'obras sociales', mecanismo de aseguramiento sindical que se ha caracterizado por una organización autónoma que es importante de considerar en todos los análisis del sector salud argentino.

Finalmente, a diferencia de otras experiencias, la atención primaria en el subsector público se realiza tanto en establecimientos con esa finalidad (dispensarios, hospitales de baja complejidad) como en hospitales de alta complejidad (Montoya, 1997).

A lo largo de las últimas cuatro décadas se ha avanzado en forma progresiva hacia una salud pública descentralizada, en un proceso que se ha caracterizado por su gradualidad, en el sentido de que ha pasado por diversas fases en las cuales hubo un traspaso progresivo de competencias al nivel intermedio (provincias) y, más recientemente, a la unidad microeconómica (hospitales de autogestión).

La descentralización en el nivel local no ha formado parte del modelo de descentralización explícito, sino que ha quedado a merced de la iniciativa y voluntad de cada provincia. La función de coordinación entre las provincias fue establecida a comienzos de los años setenta a través de la creación de Comités federales de salud y de consejos federales de salud.

El proceso de descentralización más reciente, iniciado en el año 1978, tuvo como motivación principal la reducción de las presiones fiscales del nivel central, y ha consistido en el traspaso de mayores funciones a las provincias sin una contrapartida de nuevos recursos.

La eficiencia y equidad no estuvieron presentes entre las motivaciones del proceso, lo que determinó la falta de mecanismos de coordinación y de políticas dirigidas a buscar una mayor eficiencia y equidad en el gobierno nacional.

En general, el proceso de provincialización de la salud se caracteriza por el traspaso amplio de facultades y competencias (normativas, operativas y programáticas) a todas las provincias, minimizando el papel del nivel central.

El proceso de descentralización que tiene lugar a partir de 1978 se caracteriza por la transferencia gradual de hospitales que aún quedaban en el ámbito de la nación, a las provincias. En

esta fase, en 1986 comenzó en forma gradual la descentralización microeconómica, brindando mayor independencia a los hospitales en materia de financiamiento y gestión.

En particular, en la década de 1990 se observa en Argentina un triple fenómeno: la transferencia de los últimos hospitales de la nación a las provincias; casos de descentralización de las provincias a los municipios, y el inicio de cierta descentralización microeconómica impulsada por el gobierno central hacia el nivel de los hospitales, bajo la figura de hospitales de autogestión.

En el modelo de "autonomía hospitalaria" los hospitales públicos participan en la dirección de la unidad, cuentan con la posibilidad legal de facturar, captar fondos para ser utilizados en equipamientos y, en algunos casos, a salarios, y administran autónomamente el servicio.

Actualmente, existe una serie de hospitales que se han ido transfiriendo a las provincias sin que exista un marco global que permita articular el funcionamiento de cada uno de ellos. En general, las provincias tendieron a repetir el mismo esquema centralizado de la nación: un Ministerio de Salud, cierta cantidad de hospitales de baja complejidad, otros de alta complejidad, y algún grado más o menos razonable de articulación, generándose de ese modo en vez de un sistema nacional de salud, 23 sistemas provinciales de salud. Como resultado de la provincialización de la salud han surgido diferentes modelos de descentralización provincial, los que se diferencian por el grado de descentralización que trasladan a los niveles locales.

Existen modelos en que la provincia ha dado espacio al municipio para desempeñar un papel más activo en materia de administración, transfiriendo grados importantes de autonomía a los municipios y a las unidades hospitalarias, e incluso se ha llegado a crear algún espacio de participación de la comunidad en la dirección del hospital. En otros casos, por el contrario, el modelo es altamente centralizado en el nivel provincial.

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

Los diversos esfuerzos descentralizadores de los servicios de salud en las provincias dieron origen a un sistema desarticulado, pero con un elevado grado de autonomía de la gestión y del área programática a nivel provincial. Se trata entonces de un modelo de devolución híbrida de competencias al nivel provincial y de las unidades productivas por la vía de la autonomía hospitalaria, con una escasa participación de la comunidad.

El carácter híbrido proviene del hecho de que, a pesar de gozar de plena autonomía en materia programática y de gestión, las provincias y hospitales mantienen una relación de dependencia del nivel central en el plano financiero. Aunque las provincias están facultadas para obtener recursos propios, su principal fuente de financiamiento proviene de transferencias automáticas desde el nivel central al nivel provincial, por intermedio de la coparticipación tributaria.

El nivel central mantiene participación en el diseño de programas y en el dictado de normas, pero sus directrices no tienen más que un valor indicativo (referencial).

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

6.2.2 México : De la Desconcentración a la Descentralización

El Sector de Salud Pública en México consta de varias entidades. Históricamente, el Ministerio de Salud (SSA) ha sido responsable de la definición de políticas del Sector y de la reglamentación y supervisión del sistema de salud y su planificación estratégica, como asimismo de la prestación de servicios de salud para la población no asegurada (actualmente, casi 42 millones de personas) a través de su extensa red de establecimientos de salud.

Adicionalmente, el Instituto de Seguridad Social (IMSS) proporciona un seguro de salud global a casi 41,5 millones de personas a través de su propia red de provisión. El 67 por ciento de los ingresos por concepto de seguro de salud del IMSS proviene de los impuestos sobre nóminas (planillas) y 33 por ciento de la tributación general.

Otro sistema de seguros, financiado en conjunto por SSA y el IMSS, brinda cobertura a otros 11 millones de personas, la mayoría de ellas en las comunidades rurales e indígenas.

Existen sistemas de seguridad paralelos, tales como los de los empleados públicos y de la compañía nacional de petróleo.

El Sector Privado es pequeño pero se está desarrollando tanto en el área de prestaciones como la de financiamiento : hoy en día, unos dos millones de mexicanos cuentan con una cobertura de salud privada.

A partir de la asunción a la Presidencia de Zedillo en 1994, la Descentralización volvió a cobrar importancia, a pesar de que la motivación primordial del gobierno estaba impulsada por la presión de compartir el poder político con los gobiernos estatales, las reformas de Zedillo también apuntaban a aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la atención para la población no asegurada, como asimismo, mejorar la eficiencia de la Administración Pública.

La segunda fase de la Descentralización, iniciada en 1996, difirió de la primera en cuanto a que participaron todos los Estados y fueron más explícitas las reparticiones de funciones y responsabilidades entre los diferentes Niveles de Gobierno. Sin embargo, se asemejó a la primera fase en cuanto a que la Descentralización no alcanzó a delegarse a jurisdicciones ni establecimientos.

Durante la segunda fase de la descentralización surgió la creación de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD), organismos estatales semi autónomos cuya *Comisión Directiva* incluye al

gobernador del estado, a un representante del Ministerio de Salud Federal, un representante de los Sindicatos y el Ministro de Salud del Estado.

En una serie de aspectos se ha llegado a obtener mayor precisión, por las siguientes razones :

- (i) Los recursos asignados por el Nivel Federal a los Estados son designados según criterios bien establecidos.
- (ii) La transferencia de recursos humanos desde el Nivel Federal a los Estados son designados según criterios bien establecidos.
- (iii) La transferencia de recursos humanos desde el Nivel Federal a los Estados han sido negociadas con el Sindicato Nacional.
- (iv) Se ha transferido infraestructura, bienes y equipos a los Estados y a las Municipalidades. Asimismo, se le han otorgado responsabilidades limitadas en planificación e infraestructura.
- (v) El seguimiento y la solución de conflictos son realizados por el Consejo Nacional de Salud.

Por tanto, los Estados pasaron a ser responsables por los servicios de atención de salud prestados a la población asegurada así como de la ejecución de su Presupuesto de Salud.

Sin embargo, hasta la fecha, la desconcentración del IMSS (iniciada más bien por razones de autoconservación institucional frente a la descentralización) no ha logrado su objetivo de transferir la autonomía administrativa completa en rubros tales como personal, abastecimiento, equipos, infraestructura y mantenimiento.

Dado lo anteriormente expuesto, la descentralización de los servicios de salud en México es un proceso que tuvo su origen en el nivel central y estuvo motivado por consideraciones políticas, fiscales y administrativas.

En el plano político, la descentralización es una respuesta a las demandas acumuladas de los gobiernos estatales por una mayor descentralización del poder político.

En el plano fiscal, es un intento de reducir las presiones sobre el presupuesto federal en un contexto de inestabilidad económica y fuertes desequilibrios fiscales. Finalmente, la descentralización estuvo motivada por la necesidad de racionalizar la oferta y mejorar la gestión al interior de las unidades locales.

El proceso de descentralización, iniciado en 1983, se caracterizó por su gradualidad y adicionalmente por su limitada cobertura nacional. Fue un proceso gradual, porque los estados seleccionados para participar de la reforma en un primer momento fueron aquellos que disponían de buena cobertura y bajos costos de homologación salarial, y porque en una primera instancia se

descentralizaron las facultades operativas pero no los recursos, los que serían descentralizados solamente una vez generadas las capacidades locales para el manejo presupuestario.

Por su parte, el carácter parcial del proceso de descentralización se refleja en el hecho de que, a pesar de que inicialmente se pretendía descentralizar todos los estados, hacia fines de 1987 solamente 14 de los 31 estados se habían incorporado al proceso.

En la práctica, en 1995, del presupuesto federal asignado a los estados solamente el 21.9% de los recursos eran manejados por estos, siendo el resto dispuesto centralmente (Bonilla, 1996). El presupuesto descentralizado para los estados no incorporados al proceso era del 21% de los recursos percibidos por ellos; el 79% restante lo administraba la Federación. En el caso de los estados descentralizados era el 23.9% o sea, la descentralización de los recursos alcanzó solamente al 2.9% del presupuesto.

El modelo aplicado en México en este período, fue uno de descentralización en el nivel intermedio, que careció de elementos explícitos de municipalización de los servicios y que no consideró tampoco una autonomía efectiva de los establecimientos proveedores. La autonomía de los estados en el manejo de los recursos se limitó a los gastos financiados con recursos propios, los que eran bajos. Además, hubo limitaciones en materia de planeación, control y disponibilidad de los recursos federales.

Finalmente, el modelo no incorporó mecanismos efectivos de participación de la comunidad.

Por todos los antecedentes anteriores, el modelo mexicano de comienzos de los años ochenta puede ser tipificado como uno de desconcentración administrativa en el nivel intermedio.

Como resultado, la descentralización de 1983 tuvo pocos efectos tangibles en el control de los estados sobre los procesos y los recursos. Sin embargo, esta experiencia de descentralización y el fortalecimiento de los sistemas locales en los años posteriores, permitió iniciar la fase siguiente de descentralización con recursos y personal capacitado y administrativamente desconcentrado a nivel subnacional.

A mediados de la década del 90 se inicia en México un proceso de descentralización de segunda generación, motivado por consideraciones políticas y sectoriales. En el ámbito político, se persigue renovar el federalismo, redistribuyendo competencias, responsabilidades y capacidades de decisión, y ampliando el manejo de los recursos fiscales para atender en su contexto específico los problemas regionales y locales, dotando así de mayor eficiencia y transparencia a la gestión pública (De la Fuente, J. R., 1996).

La motivación sectorial está estrechamente relacionada con la necesidad de superar la ineficiencia del sector, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención de salud. La población objetivo es la población abierta esto es, aquella que es incapaz de pagar servicios privados y no está cubierta por alguna institución de seguridad social. El modelo teórico que se intenta implantar en este período, a partir del Acuerdo de 1996, contiene elementos que permiten caracterizarlo como un modelo de devolución híbrida de facultades a los Estados, a pesar del grado de autonomía

relativamente limitado que prevee otorgar en el área de recursos humanos. Elemento, este, más bien característico de un modelo principal/agente estándar.

A diferencia de la primera experiencia, el proceso correspondiente a esta segunda fase iniciado en agosto de 1996, y que aún está en marcha, fue rápido y abarca todos los estados de la república.

En materia de competencias, la descentralización de los servicios de salud contempla tanto el área financiera como el área programática. Como en la experiencia anterior, no hay indicaciones explícitas respecto de avanzar hacia el nivel municipal, quedando la profundización del proceso —al igual que en Argentina— sujeta a la iniciativa y voluntad política del nivel intermedio.

Se puede afirmar que la experiencia mexicana corresponde a un modelo de *Estadualización* de la salud que pretende otorgar mayor autonomía a los estados en la definición de políticas y en la asignación presupuestaria, reservando al nivel central exclusivamente la función normativa en materia de salubridad general y la operación de actividades generadoras de externalidades.

Se pretende descentralizar la totalidad del presupuesto de salud en el nivel estadual y eliminar, a partir de 1997, la intervención del gobierno central en materia de distribución del presupuesto, aunque se mantienen indicaciones respecto de satisfacer el "irreductible" de salud (paquete básico de salud).

Se pretende conservar la autonomía fiscal sobre las cuotas de recuperación; es decir, que los recursos vinculados a las cuotas de recuperación (copagos) continúen considerándose recursos propios de las unidades médicas que las generan, las que han contribuido a una mayor capacidad de respuesta para atender situaciones de emergencia (Tovar y de Teresa, 1996).

Las transferencias de recursos financieros que realice la Secretaría de Salud al gobierno del Estado para que este se encargue de la operación de todas las unidades médicas y administrativas que recibe, están condicionadas al techo autorizado en el presupuesto de egresos de la Federación, aprobado para cada ejercicio.

El gobierno central conserva la facultad de distribuir el presupuesto federal en materia de salud entre los estados, mediante una fórmula por definir en la cual se incorporen las necesidades en materia de salud, las condiciones económicas y financieras de la entidad territorial para hacer frente a dichas necesidades, los resultados de las evaluaciones y los aportes de recursos de los estados en materia de salud.

Las entidades federativas mantendrán su participación actual en el financiamiento de los servicios de salud y lo incrementarán según sus posibilidades.

La nueva normativa modifica el mecanismo de asignación presupuestaria pasando de un sistema basado en criterios históricos que propició severas inequidades en la distribución del presupuesto al establecimiento de una fórmula de asignación que garantice mayor equidad, transparencia y menor discrecionalidad de la Federación en la asignación de recursos.

El nuevo mecanismo de asignación presupuestaria vigente desde 1996 obedece a dos grandes variables: (i) el índice de marginación (pobreza) y (ii) la tasa de mortalidad estandarizada, buscando detectar los problemas y necesidades de cada estado en esta materia.

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

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

En síntesis, es posible caracterizar el nuevo modelo de descentralización que se instaura a partir de 1996 como uno de devolución híbrida en el nivel intermedio, en el cual se transfieren recursos y responsabilidades a los estados. En este esquema hay un traspaso importante del poder de decisión en diversas áreas.

Por otra parte, el nuevo modelo implica todavía una fuerte dependencia del poder central en materia de recursos financieros.

6.2.3 Bolivia : Municipalización de los Activos Físicos pero no los Humanos

Según Ruiz Mier y Guissani (1977), el Sector Público Boliviano ofrece un cobertura directa de servicios de salud a casi el 30 por ciento de los ciudadanos y el sistema de seguridad social cubre a otro 14 por ciento. El Sector Privado, proporciona cobertura a un 30 por ciento de la población. El restante 26 por ciento no tiene acceso a los servicios de salud o bien se sirve de la medicina tradicional.

La descentralización de la atención de salud en Bolivia ha sido utilizada como instrumento de democratización.

El modelo de descentralización de la salud promovido en Bolivia, conocido como modelo de gestión compartida con participación popular, responde a una voluntad más amplia de democratizar y modificar la distribución del poder político en el país.

El proceso de descentralización no refleja las demandas sectoriales, sino que se inserta dentro de un plan global de redefinición de las relaciones entre las unidades locales y centrales al interior del sector público en general.

La descentralización de los servicios sociales forma parte, entonces, de un conjunto más amplio de reformas estructurales que han modificado radicalmente la institucionalidad del país.

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

El proceso de descentralización continúa con la ley de descentralización administrativa, que en la práctica implica la transferencia de la administración de los recursos humanos del Sector Salud a los Departamentos.

Los Departamentos pasan teóricamente a estar a cargo de la supervisión, administración y control de los recursos humanos en salud. Se trata de un proceso de corta existencia y, por lo tanto, con un número importante de discrepancias entre el modelo teórico y el que actualmente se aplica.

En teoría, según el modelo, los diferentes niveles de gobierno contribuyen en materia de regulación, supervisión, financiamiento y administración, y la comunidad cumple un papel importante en la supervisión de actividades y en la formulación de los programas de salud.

La función de coordinación, teóricamente, la desempeñan las direcciones locales de salud. Aunque falta consolidar el proceso, su implementación geográfica ha sido muy rápida, no gradual, y ha abarcado todo el territorio.

Uno de los elementos característicos del modelo boliviano es la distribución de los papeles entre los niveles intermedios y locales. A diferencia de otros países en que estos papeles se determinan por los niveles de atención de salud, en Bolivia, la distinción se establece según los insumos sobre los cuales los distintos niveles ejercen su responsabilidad de administración.

En consecuencia, puede ser concebido como un "modelo de descentralización por factores". En este contexto, el papel del municipio se centra en la gestión de infraestructura y operación, mientras que los departamentos tienen a su cargo la administración de los recursos humanos.

Al tratarse de un modelo de gestión compartida y fragmentado por factores, pasa a ser altamente demandante de mecanismos de coordinación vertical, con el objeto de poder concretar en forma eficiente la función de producción de los servicios de salud.

Se trata entonces, de una transferencia a diferentes niveles del gobierno, de las distintas piezas que componen la función de provisión.

Dentro de este modelo, la Secretaría Nacional de Salud Pública es responsable establecer y controlar el cumplimiento de la normativa y la comunidad está encargada de la identificación de la demanda y el control social.

A diferencia del sector educación, el Sector Salud no tiene una estructura de participación independiente a la creada con la ley de participación popular. El control social se realiza a través de los comités de vigilancia, que tienen funciones mucho más amplias que simplemente la de controlar las actividades del sector salud.

Para resolver el problema de falta de coordinación en este esquema descentralizado, se estableció el nuevo modelo sanitario, que se centra en el sistema público, y que se define como un modelo de "gestión compartida con participación popular".

Este modelo se aplica a través del directorio local de salud (DILOS), que es un organismo participativo localizado en el municipio y cuya función es cumplir un papel de coordinación, pero que debido a la falta de reglamentación y normativa existente en el sistema, todavía no lo está cumpliendo.

En materia de financiamiento, la principal fuente proveedora de recursos es el nivel central. A través de mecanismos de transferencias generales automáticas, vinculadas a las rentas nacionales de coparticipación tributaria, el gobierno central financia los gastos de inversión de responsabilidad de los municipios, y, a través de transferencias específicas a los departamentos, financia los gastos de operación relacionados con la planilla de sueldos y salarios. El grado de autonomía sobre los recursos de transferencia es bajo, toda vez que el 85% de la recaudación tributaria efectiva que se transfiere a los gobiernos municipales debe ser utilizada para gastos de inversión pública. Por otra parte, existe un copago que antes de la descentralización era administrado por la unidad productora para gastos de funcionamiento, personal y equipo de apoyo.

Como consecuencia de la descentralización, los centros de producción de servicios de salud perdieron autonomía al pasar a ser administrados por los municipios, lo que afectó su capacidad de gestión.

Llama la atención que la definición de la oferta de servicios o contenido programático no es explícita, lo que en parte es el reflejo de la ausencia de una clara política sectorial global.

En el caso boliviano, los cambios radicales en la institucionalidad ~~que define la estructura~~ organizativa de provisión de los servicios de salud se han manifestado en un grado de descentralización muy profundo en cuanto a la ejecución presupuestaria, dado que, después de las transferencias, el nivel central solamente gasta en salud el 11.6% del gasto público en salud.

Sin embargo, las condiciones de utilización de las transferencias son restrictivas, limitando el grado de autonomía de los nuevos niveles proveedores. Por el momento, el de Bolivia puede ser catalogado como un modelo de tipo principal/agente en los niveles intermedio y local, tal como lo es en educación.

La dependencia financiera con el nivel central es muy elevada, y en materia de gestión del personal y programática existe una autonomía parcial en el nivel intermedio.

Cabe destacar la existencia de un esfuerzo por establecer mecanismos de participación de la comunidad en el área programática y de control.

6.2.4 Brasil : Financiamiento Público con producción privada

El proceso de Descentralización de Brasil en el Sector Salud se inició a la par con las iniciativas para integrar el Instituto de Seguridad Social, el cual prestaba atención médica los empleados del sector formal urbano y a sus dependientes con el Ministerio de Salud, que prestaba atención de salud a los trabajadores rurales e indigentes no asegurados. La integración se logró en 1988 con el establecimiento del Sistema Unico de Salud (Sistema Unice de Saude – SUS) que brinda cobertura casi universal.

En Brasil, los establecimientos de Atención de Salud de propiedad estatal generalmente son administrados por las municipalidades. El proceso de habilitación para que las Municipalidades administren sus propios sistemas de salud ha sido muy gradual y ha implicado un proceso de calificación formal.

En diciembre de 1996, 137 Municipalidades, que representan el 16 por ciento de la población brasileña, administraron sus propios sistemas de salud. Estas municipalidades, urbanas en su mayoría, administraron un 20 por ciento de los gastos hospitalarios del SUS. Aproximadamente unas 2 300 otras municipalidades (o un 42% del total) han obtenido una autonomía incipiente, la cual les permitió participar en las actividades de planificación y ororgar licencias a proveedores privados dentro de sus territorios.

Sin embargo, el Gobierno Federal ha seguido elaborando y aprobando sus Presupuestos para atención ambulatoria y hospitalaria. Por su parte, los Estados han sido responsables de la revisión de la implementación de políticas, el seguimiento y evaluación de sistemas y de la entrega de asistencia técnica y financiera a las Municipalidades en sus jurisdicciones.

Debido a que los reembolsos del SUS no dan abasto para el costo de los servicios de salud, las municipalidades a menudo se ven obligadas a subsidiar sus hospitales con ingresos municipales generales.

A pesar las numerosas deficiencias del sistema, el Sistema de Salud de Brasil tiene ventajas definitivas:

- (i) Se integra a la parte de adquisiciones.
- (ii) Se segrega las funciones de compra y prestación de servicios.
- (iii) Se privatiza la mayor parte de la entrega de bienes de salud privados (los proveedores privados representan más del 70 por ciento de las hospitalizaciones financiadas por el sector público).
- (iv) Se centraliza el financiamiento de bienes públicos, de bienes con externalidades y bienes de equidad (medidas básicas de salud, nutrición, monitoreo epidemiológico y sanitario, etc.), aunque la entrega de los mismos tiende a darse a través de organismos federales y no entidades municipales.

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

En su primera etapa, el proceso de descentralización es una respuesta a las crecientes demandas por cambios en la orientación de la política de salud dirigidos a universalizar el derecho a la salud y a eliminar la fuerte segmentación y fragmentación del sistema.

En este sentido, la descentralización se percibe como uno de los instrumentos destinados a optimizar la asignación de recursos al interior del sector salud, y, adicionalmente, forma parte de una serie de reformas más amplias orientadas a integrar el sistema público de salud, reducir el poder del nivel central fortaleciendo los niveles subnacionales, y aumentar el grado de participación ciudadana.

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

En el modelo de descentralización que se ha establecido, los niveles subnacionales participan en alto grado en las diversas funciones; sin embargo, en la práctica, desde 1993 se ha acentuado el carácter municipalista del modelo implantado. Con el objeto de introducir flexibilidad frente a la heterogeneidad que caracteriza a los diversos entes subnacionales, el proceso de descentralización adoptó una mecánica gradual, mediante la cual cada estado y municipio solicita ser calificado en una modalidad de gestión y donde el elemento de negociación entre las tres esferas de gobierno lo constituyen las comisiones de intergestores, cuyo propósito es apoyar el proceso de implementación de la descentralización.

Para los Estados se definieron dos categorías: gestión parcial y semiplena; mientras que los municipios pueden ajustarse además a una tercera categoría, "incipiente". Esta clasificación se traduce en diferencias respecto de las facultades y autonomía en el uso de los recursos. El grado de avance del proceso de descentralización es moderado si se considera que en tres años del total de municipios (incluidos aquellos que aún no han solicitado clasificación) el 45% estaban clasificados en la categoría

de gestión incipiente, el 12% en gestión parcial, y el 1.8% en gestión semiplena (que representa, sin embargo, el 12% de la población).

Evaluado en términos de dependencia financiera, el sistema sigue manteniendo una exagerada dependencia de los recursos federales, lo que, en ausencia de vínculos automáticos establecidos constitucionalmente y en un contexto de ajuste fiscal, ha implicado un desequilibrio significativo en el financiamiento del sector.

Uno de los problemas no resueltos en la experiencia de Brasil es la falta de correspondencia entre las fuentes de financiamiento y las funciones y atribuciones de las distintas esferas de gobierno.

Por otra parte, la irregularidad y la ausencia de una vinculación constitucional de los recursos para la salud ha constituido una restricción al avance de la descentralización efectiva y una fuente de vulnerabilidad para el financiamiento del sector, al depender fuertemente de la orientación de las políticas de ajuste y estabilización macroeconómica. En efecto, como resultado de la profundización de la crisis de 1991-1993, el gasto en salud contribuyó al ajuste fiscal, quedando en la práctica el sistema de salud financiado, lo que obligó recientemente a establecer un impuesto provisorio sobre el movimiento financiero, destinado a financiar el sector a partir de 1997.

En relación con las transferencias federales destinadas a salud, teóricamente la ley estableció un sistema de transferencias automáticas a las entidades subnacionales según diversos criterios: perfil demográfico y epidemiológico; características de la red de servicios y equipamiento; desempeño técnico, económico y financiero en el período anterior; participación del sector salud en el presupuesto estatal y municipal; planes de inversión; recuperación por servicios prestados a otras esferas de gobierno, y requisitos organizacionales.

En la práctica, sin embargo, como resultado de dificultades técnicas y políticas, la implementación de estos criterios se ha desarrollado con lentitud, y el mecanismo predominante de traspaso de recursos del gobierno federal a los estados y municipios es el de remuneración por compra de servicios a los entes subnacionales. Esto desincentiva la participación financiera de los niveles subnacionales, fortalece la cultura de dependencia del gobierno central, estimula procedimientos médicos más caros y no necesariamente más eficientes, aumenta las presiones políticas permanentes sobre la "caja federal" y, en fin, inhibe el proceso de descentralización (Barros, Piola y Vianna, 1996).

Las transferencias desde el gobierno federal a las entidades subnacionales operan a través de los siguientes mecanismos: a) traspasos por concepto de actividades ambulatorias y hospitalarias de acuerdo a la población, complejidad de la red y valores históricos, y b) traspasos por incentivos a la descentralización a través del factor de apoyo a los estados (FAE) y del factor de apoyo al municipio (FAM), asignado a cada entidad que se habilita en alguna condición de gestión.

Las competencias específicas del nivel municipal son la elaboración, administración y ejecución de acciones y servicios de salud local -vale decir la gestión de la salud local-, mientras que el papel de los estados se relaciona con la planificación regional de las políticas de salud.

Un elemento que diferencia el proceso de descentralización implementado en Brasil de otras experiencias de la región es que la función de contratación de personal la realizan mayoritariamente los niveles subnacionales; en los otros casos esa competencia se tiende a mantener centralizada.

Los municipios gozan de gran autonomía en materia administrativa y programática. Sin embargo, a pesar de ser un país con un elevado grado de descentralización fiscal en el que los gobiernos subnacionales, incluidos los municipios, pueden dictar sus propias leyes orgánicas, y sobreponerse a las leyes ordinarias y federales, estos niveles subnacionales mantienen una importante dependencia de los recursos del nivel central para el sector (solamente un 12% del gasto público en salud se financiaba con recursos propios municipales, en 1990).

En ese sentido, se trata de un modelo que puede definirse como de *devolución* híbrida al nivel de los municipios. Los estados también deben descentralizar y municipalizar los servicios de salud, ejecutando en forma complementaria o sustitutiva algunas de las acciones y servicios aún no asumidos por los municipios. Sin embargo, en la práctica sus competencias no están claramente delimitadas.

En el ámbito del control social de la gestión, se han creado diversos organismos coordinadores y de participación, pero la precariedad del acceso a la información limita el control efectivo por parte de los representantes de la sociedad.

En cuanto a la participación de la comunidad, existen sendos organismos en los diversos niveles subnacionales, como los Consejos de Salud creados en las diferentes jurisdicciones. En estos consejos participan representantes gubernamentales, profesionales de la salud, prestadores de servicios y usuarios de los mismos.

6.2.5 Chile : Municipalización de la Producción, Centralización del Financiamiento.

El proceso de descentralización de la atención de salud en Chile fue parte de un proceso más amplio de reformas tendientes a introducir mecanismos de mercado en el sector.

Los establecimientos y el personal de atención de salud primaria fueron transferidos a las municipalidades. Esto tuvo dos efectos importantes, a saber :

- (a) La transferencia de personal a las Municipalidades llevó a que éstos perdieran su condición de empleados públicos.

Los trabajadores de atención de salud primaria podían negociar sus condiciones de trabajo directamente con las Municipalidades. En principio, esto daba a los Gobiernos Locales una autonomía considerablemente mayor para fijar remuneraciones y beneficios (aunque en los últimos años ha habido una creciente presión de parte de los sindicatos para volver a centralizar la contratación de personal y las funciones administrativas).

- (b) Lo anterior condujo a un cambio en el mecanismo para el financiamiento de los proveedores públicos de salud, pasando de aquel basado en aportes (asignaciones de partidas presupuestarias) a uno basado en resultados, o bien en la cantidad y calidad de servicios prestados. Se esperaba que esto alentara a las Municipalidades a ampliar la cobertura y a que hicieran un uso más eficiente del personal y otros recursos.

Si bien a las Municipalidades chilenas se les otorgó un control relativamente mayor sobre los insumos que en otros países de América Latina, su autonomía está restringida por el hecho de que en gran medida el Ministerio de Salud determina su gasto en atención de salud primaria. La calidad de la atención que prestan las Municipalidades depende, en gran medida, del nivel de financiamiento gubernamental.

No obstante, la municipalización de la entrega de atención de salud primaria en Chile se considera un éxito, en gran parte debido al compromiso continuo por parte del Ministerio de Salud con la atención de salud primaria, la clara definición de las responsabilidades de las municipalidades, la simpleza de los resultados que deben ser entregados, la precisión y simpleza de los mecanismos de pago y las mejoras de la capacidad administrativa municipal.

El proceso de descentralización de la salud en Chile, iniciado a comienzos de los años ochenta, se inserta en un contexto más amplio de reformas de políticas sociales cuyos ejes centrales fueron la introducción de mecanismos de mercado, de criterios de subsidiariedad del Estado (focalización y privatización), y la descentralización territorial de la atención primaria de salud en el nivel municipal.

El origen de esta reforma fue una decisión del nivel central, en un contexto no democrático. El modelo de descentralización implantado consistió en el traspaso de la administración de los establecimientos y del personal de la salud primaria a la administración municipal, y en la desconcentración de los servicios de segundo y tercer nivel.

En forma simultánea y de una sola vez se traspasó la infraestructura y el personal del primer nivel de atención a los municipios, y los hospitales de administración centralizada vía ministerio pasaron a ser administrados por los 26 servicios de salud que se crearon en todo el territorio.

En sus inicios, la municipalización de la atención primaria de la salud avanzó en forma paulatina debido a la presión de los gremios que se resistían a la reforma y a la crisis económica de principios de los años ochenta, que frenó el avance de las reformas estructurales.

Por ello, se reconocen dos fases, la primera entre 1981 y 1985, durante la cual se transfirió el 20% de los establecimientos, y la segunda, que va desde 1986 a 1989, en la cual se traspasó la casi totalidad de los establecimientos restantes.

La descentralización del sector implicó introducir una diferencia en la modalidad contractual de los funcionarios, dependiendo de la unidad productiva en que se desempeñaban en el momento en que esta tuvo lugar.

En efecto, mientras los funcionarios dependientes de los servicios de salud mantuvieron en general su calidad de funcionarios públicos, en el caso de la atención primaria de la salud la transferencia del personal se hizo a través de una modalidad en la cual los funcionarios del sector perdieron su condición de empleados públicos, y con ello perdieron también el régimen laboral de la carrera funcionaria, pasando a regirse por el sistema de los empleados particulares y negociando con los municipios sus condiciones laborales y salarios, de acuerdo a las condiciones específicas de cada localidad.

En los últimos años, sin embargo, como resultado de la presión de los gremios y sindicatos del sector, se ha tendido a una recentralización del régimen laboral, dictándose un estatuto por el cual se recentralizan los salarios y las condiciones de empleo.

En cuanto a la función programática, los niveles subnacionales no tienen autonomía; por el contrario, el Ministerio de Salud norma con bastante precisión todo lo que está relacionado con el contenido de la atención primaria de salud.

El financiamiento es fundamentalmente de origen central, pero existen aportes de los municipios que complementan los recursos del nivel central. Este aporte ha sido tradicionalmente interpretado por los municipios como un "déficit", dado que su origen radicaría en la insuficiencia de fondos centrales para financiar los gastos de operación de los consultorios. En cierta medida, este déficit refleja una restricción presupuestaria "blanda" que ha absorbido ineficiencias de la gestión local y que luego se ha utilizado como mecanismo de presión para obtener un mayor aporte financiero del nivel central al sector descentralizado (Carciofi, Cetrángolo y Larrañaga, 1996).

En forma simultánea al proceso de descentralización se modificó el esquema de financiamiento de los establecimientos de atención primaria de salud, el que ha estado expuesto a numerosas modificaciones a lo largo del tiempo. Desde 1981 hasta 1994, el sistema de financiamiento pasó a ser una especie de presupuesto histórico, con ciertos grados de discrecionalidad. En un comienzo, se estableció un sistema de reembolso a los consultorios en función del gasto del período anterior valorado conforme a una estructura de aranceles por tipo de prestación, la que desde la partida estaba distorsionada. Esta modalidad de pago retrospectivo alcanzó a durar solo un año ya que rápidamente las cuentas que enfrentaba el Ministerio de Salud sobrepasaban la disponibilidad de recursos. El esquema de financiamiento de la atención primaria de salud se basó desde el principio en el sistema de facturación por atenciones prestadas en establecimientos municipales (FAPEM), el que experimentó a su vez numerosas modificaciones para compatibilizar la eficiencia, contención de costos y la equidad en la atención de salud.

Actualmente se está implementando un nuevo sistema de capitación prospectiva, que consiste en el traspaso de recursos a los consultorios según la población inscrita y con probabilidades ciertas de hacer uso de la atención médica, transfiriendo de esta forma al proveedor una parte del riesgo financiero de la atención de salud. Adicionalmente este sistema prospectivo va acompañado de compromisos de gestión, que constituyen un instrumento con el cual la autoridad de salud puede monitorear el funcionamiento y la eficiencia del sistema.

En términos generales, el grado de descentralización de la atención primaria de salud en Chile es parcial, en la medida que: los municipios no tienen autonomía sobre el área programática; no hay flexibilidad de gestión, y el municipio se transforma básicamente en un intermediario entre el nivel central y los insumos y profesionales que operan en el nivel local.

Sin embargo, el municipio tiene un grado de autonomía importante en lo que se refiere a la contratación del personal vinculado con la atención primaria de salud.

Por otra parte, hay señales de recentralización, ya que el nivel central ha procedido a inyectar recursos a través de una modalidad centralizada asumiendo decisiones acerca de diversos aspectos operativos. Con respecto al financiamiento, es cierto que la ejecución de la atención primaria es

altamente descentralizada, pero también es cierto que las transferencias de recursos a los municipios no tienen márgenes de discrecionalidad en cuanto a su utilización.

Finalmente, la comunidad no cuenta con mecanismos de participación formal que permitan contribuir a la función de control –aunque a nivel informal– en algunas unidades productivas se han creado consejos de desarrollo, que contribuyen al ejercicio de la función de control social.

En definitiva, el modelo chileno se identifica predominantemente como un modelo de desconcentración administrativa en los municipios, donde su papel es básicamente de un intermediario que sigue las directivas del nivel central.

6.2.6 Colombia : Conflictos entre la Descentralización y la Privatización

En Colombia el proceso de descentralización, en los últimos 30 años, ha ido evolucionando. En la década del sesenta se procuraba lograr la desconcentración mientras que en la del noventa se buscó la descentralización – delegación y privatización de la prestación de servicios. Debido a que ninguna de estas reformas fue efectuada en su totalidad, la situación actual contiene elementos de ambas fases.

La delegación comenzó en los años noventa cuando el Ministerio de Salud hizo obligatorio transferir, en un período de cinco años, los establecimientos, el personal y el presupuesto de atención de salud primaria a las Municipalidades y la atención de salud secundaria y terciaria a los Gobiernos Provinciales (Departamentos).

La ejecución del mandato fue entorpecida debido a factores como requisitos onerosos de certificación y recursos insuficientes para pagar el costo de la descentralización y sólo unas cuantas municipalidades asumieron sus responsabilidades.

Con la Ley N° 60, expedida en 1993, se logra un avance en el proceso de descentralización, gracias a la cual las transferencias a los departamentos para salud y educación aumentaron significativamente (15% de los ingresos gubernamentales en 1993 a 24,5 % de 1996 en adelante).

Estas transferencias son administradas autónomamente en los Departamentos que han sido certificados. Las transferencias a las Municipalidades para salud, educación y otros gastos en infraestructura aumentaron del 15 % de los ingresos gubernamentales en 1994 al 17% en 1997, y se esperaba que aumentasen a 22 % para el año 2001.

El problema principal de dichas transferencias es que guardan poca relación con las necesidades de salud locales o con el costo de los servicios.

Con la Ley N° 100, a fines de 1993, se produce una reforma más radical. La estrategia incluía : (i) segregar el financiamiento de servicios de la prestación de los mismos, (ii) fomentar la competencia entre los proveedores de seguro y los proveedores de servicios, (iii) otorgar subsidios designados a los pobres y (iv) asegurar la prestación de servicios de salud a la población, independientemente de su capacidad de pago.

Se crearon dos planes de seguros para efectuar el nuevo enfoque: un plan de contribución que cubriría a los trabajadores remunerados e independientes y uno subsidiado para los pobres (con subsidios directos para pagar un conjunto básico de servicios en atención de salud).

El régimen de subsidiado será administrado y financiado a través de las Municipalidades, las cuales serán responsables de (a) identificar a los beneficiarios pobres, (b) afiliar a los beneficiarios con una compañía de seguros de salud pública o privada (Administradora del Régimen Subsidiado - ARS) y (c) autorizar el pago de las primas a la ARS.

Entre otras características descentralizadas del sistema está la delegación a los Departamentos y Municipalidades de una serie de responsabilidades financieras, organizacionales y de personal, donde los departamentos alcanzarán un mayor grado de autonomía que las municipalidades.

El avance más lento se registra en la administración de personal ya que el espacio de maniobra para la negociación de remuneraciones y condiciones de empleo ha sido casi inexistente.

A nivel de Departamento, los hospitales gubernamentales están siendo transformados en entidades autónomas aunque este proceso se ha visto obstaculizado por la falta de precisión en cuanto a quién pagará las deudas por pensión y dentro de qué plazos, así como por las condiciones, incluido el estado de la infraestructura, en virtud de las cuales se transformarán los hospitales..

La característica que distingue el modelo de descentralización que está siendo aplicado en Colombia de los procesos en curso en otros países de América Latina, es el hecho de que la descentralización forma parte de una reforma integral del sector salud, que afecta no solamente la reorganización institucional de la provisión del servicio sino también la modalidad de su financiamiento, tanto en la provisión como en el aseguramiento.

En efecto, el elemento distintivo del caso colombiano es la presencia de un sistema descentralizado de seguridad social en salud, que interrelaciona el aseguramiento con la gestión territorial.

El origen del proceso de descentralización en Colombia es esencialmente político. En el caso específico del sector salud, las motivaciones surgen principalmente del contexto de la descentralización iniciada en 1986, que originó demandas en el nivel local de una mayor autonomía en la gestión de los servicios de salud; de la percepción generalizada de incapacidad de los esquemas centralizados de responder a las crecientes demandas sociales, y de la convicción de que la descentralización de los servicios sociales constituía un instrumento adecuado para el control de las finanzas públicas, al estimular una mayor eficiencia del gasto.

El proceso de descentralización de la salud en Colombia ha sido acelerado. En una primera fase, en 1986, se descentralizó la inversión en infraestructura a nivel municipal. En una segunda fase, a partir de la reforma sectorial de 1990, se profundiza el proceso de descentralización asignando a los municipios no solo la responsabilidad de la inversión, sino también la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención en salud. En esta etapa se sitúa la responsabilidad de la atención de salud de segundo y tercer nivel en el gobierno departamental. La tercera fase se inicia con la Constitución de 1991. En ella se establecen las bases del nuevo sistema de salud, que tiene como elementos centrales la organización descentralizada de los servicios de salud por niveles territoriales y con participación

ciudadana, y la obligatoriedad de la seguridad social. Posteriormente, en 1993, se definieron las competencias territoriales en todos los sectores, incluyendo el de salud, y la estructura de su financiamiento, a la vez que se aprobó el nuevo sistema de seguridad social en salud, que entró en vigencia en diciembre de ese año.

De esta manera, se establecen las bases del nuevo sistema de salud integrado por la gestión territorial y el aseguramiento, con elementos explícitos en materia de equidad (universalidad del aseguramiento y de las acciones de salud pública) y eficiencia (competencia, participación del sector privado). A grandes rasgos, la responsabilidad de la atención de la enfermedad individual quedó cubierta por el componente de aseguramiento, mientras que la atención colectiva quedó vinculada al componente territorial.

El carácter descentralizado del nuevo sistema de seguridad social se manifiesta en el hecho de que el régimen subsidiado que garantiza la universalidad del aseguramiento al cubrir a las familias sin capacidad de ingresos, es administrado y financiado a través de los municipios.

Es de competencia de los municipios, a su vez: a) la identificación de las familias beneficiarias; b) la afiliación de los pobres a una entidad promotora de salud (EPS), y c) la cotización correspondiente a estos casos, a través de un subsidio otorgado por el municipio y complementado por el fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA).

Hay ciertos componentes de las competencias que se descentralizan automáticamente. Pero esta fase de descentralización ha sido gradual, ya que se estableció un mecanismo de certificación mediante el cual los departamentos adquieren plena autonomía de gestión -traspasándoseles las competencias sectoriales- cuando la entidad territorial reúne los requisitos previstos para que pueda asumir las responsabilidades descentralizadas.

Algo similar ocurre en el caso de los municipios, los que, aún cuando reciben automáticamente responsabilidades y recursos (transferencias correspondientes a la participación en los ingresos corrientes de la nación), deben acreditar ante el departamento respectivo un conjunto de requisitos para obtener de este su "certificación" de idoneidad y poder así administrar los hospitales del primer nivel y los recursos correspondientes del situado fiscal, tutelados hasta ese momento por el departamento. El proceso ha avanzado más ágilmente en la certificación de departamentos que de municipios, de manera que la descentralización de los servicios de salud, al igual que en educación, es más "departamentalista" que "municipalista", lo cual permite un mejor aprovechamiento de las economías de escala regionales.

El financiamiento de la salud en los diversos entes territoriales está ligado a un complejo sistema de transferencias de recursos desde el nivel central, de recursos propios, cofinanciación, regalías petroleras y créditos. Entre las transferencias centrales, el situado fiscal constituye la fuente más importante de recursos para el departamento, y la Participación en los Ingresos Corrientes de la Nación (PICN) para el municipio. Se trata de transferencias con directivas de gasto.

Con respecto a la autonomía, el modelo prevé otorgar tanto al municipio como a los departamentos un alto grado de autonomía en los diversos espacios de decisión: en el área financiera, en la organización de los servicios y en la gestión de recursos humanos, salvo en despidos de personal, materia que está regida por la carrera administrativa.

Los hospitales, por su parte, refuerzan su autonomía institucional bajo una modalidad empresarial, pero son de adscripción territorial y quedan obligados a rendir cuentas al departamento o municipio. Se han realizado avances importantes en materia de autonomía en el nivel departamental y moderados en el municipal.

En este ámbito, el área donde se han producido menos avances corresponde la formación de un verdadero mercado de trabajo para el personal del sector salud, pues la adscripción a la carrera administrativa restringe la negociación, rigidiza los niveles salariales, dificulta la entrada y la remoción, e impide el establecimiento de incentivos, en perjuicio de la administración del personal y de los propios trabajadores. Con respecto a los hospitales, a pesar de que existía un plazo hasta junio de 1994 para que éstos se convirtieran en empresas, a diciembre de 1996, a penas la mitad de ellos habían operado esta conversión.

El proceso de descentralización colombiano representa, junto con el argentino, uno de los procesos más radicales implementados en la región. El modelo colombiano se aproxima a una devolución híbrida, dado que hay una entrega importante y amplia de competencias a los niveles intermedio y local, acompañada de una transferencia significativa de recursos y autonomía; si bien en materia de recursos existe una alta dependencia del nivel central y en materia de autonomía, al tratarse de un proceso en marcha, subsisten áreas en donde esta es aún limitada. Por ejemplo, sigue lenta la transferencia de recursos del situado fiscal de los departamentos a los municipios para traspasarles la responsabilidad plena de la administración de los recursos humanos.

Además, las transferencias se combinan con directivas de asignación que, constituyen restricciones a la autonomía en el uso de los recursos aún cuando en la práctica estas directivas se eluden con facilidad. Por otra parte, se observa un proceso gradual de desconcentración de funciones financieras y administrativas en los hospitales.

Finalmente, la participación de la comunidad en la toma de decisiones es moderada, pero el modelo contempla la ampliación de espacios de decisión para la comunidad.

En suma, se trata de un modelo de descentralización acelerada que se caracteriza por ser amplio, considerando el contenido de las competencias traspasadas (provisión y aseguramiento) y los niveles subnacionales involucrados (departamentos, municipios y, en forma más incipiente, unidades, de producción); por darse en un marco de profundas e innovadoras reformas del sector tendientes a modificar los mecanismos de asignación de recursos mediante una combinación de subsidios a la demanda y a la oferta, con un importante componente de equidad; y por conceder un significativo grado de autonomía a los niveles subnacionales.

La revisión de la experiencia colombiana indica que a pesar de la coherencia interna del modelo, persisten aún problemas de implantación.

6.3 CONCLUSIONES FINALES.

1. Existen experiencias variadas de descentralización para la atención de salud en América Latina.

2. La mayoría de los países están experimentando con diversas modalidades de segregar comprador y proveedor. Sin embargo la atención de salud sigue estando dominada tanto en su financiamiento como en su producción por el sector público nacional
3. La descentralización se ha limitado en gran medida a la transferencia de aportes del sistema del sector público desde el Gobierno Central a los niveles de Gobierno Subnacional.
4. Los Gobiernos Centrales han tendido a mantener la responsabilidad de la formulación de políticas, del financiamiento global, y del funcionamiento de centros de atención médica altamente especializado (oncología), mientras que a los estados o provincias a menudo se les ha conferido la responsabilidad de prestar la atención hospitalaria secundaria y terciaria y a las municipalidades la responsabilidad de la atención de salud primaria (Colombia, Brasil, Chile y, en una menor medida, Bolivia).
5. En lo concerniente a la gestión de la fuerza laboral, el alcance de las reformas es modesto. Su gestión se encuentra centralizada. Las remuneraciones y las condiciones de empleo no son controladas por gobiernos subnacionales o administradores de los establecimientos de salud, sino por el Gobierno Central.

Esto ha obstruido los esfuerzos realizados por fomentar la autonomía de gestión en el nivel en que hay más probabilidades de impacto : en la unidad de salud individual. Los directores de los establecimientos de salud estatales por lo general tienen poco poder sobre su fuerza laboral.

6. La mayoría de proveedores de atención médica (estatales y redes de atención primaria) sigue siendo financiada por asignaciones directas históricamente basadas en un presupuesto, ya sea a través de oficinas desconcentradas del Ministerio de Salud, o bien por medio de transferencias destinadas a los estados y municipalidades (en Bolivia, Chile y México, y en Colombia a departamentos en los que la salud aún no ha sido descentralizada).

Las reglas de transferencia hacia subniveles políticos son generalmente complejas y la ponderación poblacional es elevada. Luego estas transferencias pasan a ser la base para que los gobiernos locales financien los servicios, lo que generalmente se realiza mediante un enfoque presupuestario histórico basado en aportes que ignora la producción y la calidad.

Esta dependencia continua en el financiamiento basado en aportes no proporciona incentivos para mejorar la eficiencia ni la cobertura.

Además, la entrada en escena de los gobiernos subnacionales ha hecho surgir nuevos problemas de financiamiento. la descentralización de la salud generalmente se ha basado en un continuo respaldo financiero del Gobierno Central, pero éste no siempre ha estado disponible. Ello causa el poco interés mostrado por parte de los gobiernos subnacionales (en el caso de Colombia) para aceptar las responsabilidades de los servicios de salud en

sus territorios, ya que la responsabilidad es transferida sin recursos adecuados para ejecutarla ni la autoridad para administrar los costos.

7. Los ministerios de salud han sido lentos en descentralizar temiendo perder sus prerrogativas. Con el argumento de que los gobiernos subnacionales no son capaces de absorber el traslado de servicios de salud ni de prestarlos, han impuesto requisitos de certificación complicados y a menudo innecesarios, antes de autorizar que se descentralice la prestación de servicios.

Adicionalmente, con el argumento de que los gobiernos subnacionales no son capaces de absorber el traslado de servicios de salud ni de prestarlos, han impuesto requisitos de certificación complicados y a menudo innecesarios, antes de autorizar que se descentralice la prestación de servicios. Además, nunca se pormenorizan dichos requisitos de certificación con respecto al contenido, fechas y proceso, sino que son dejados a la interpretación de los burócratas del gobierno central, lo cual crea gran espacio para prácticas y negociaciones discrecionales, como también para una interrupción del proceso al haber un cambio de ministro u otras políticas.

8. El resultado perverso de la descentralización parcial que se ha producido en muchos países de América Latina y el Caribe es que, a pesar de que se han delegado algunos elementos de gestión financiera, la rendición de cuentas se ha dispersado. Los resultados obtenidos hasta ahora no son consecuencias inevitables de la descentralización sino más bien de la forma particular en que el proceso se ha llevado a cabo en los países.
9. La evidencia sugiere que para mejorar la calidad de la atención de salud se tendrá que ir más allá de delegar activos y personal a los Gobiernos Municipales o Intermedios. Es posible que se requieran más cambios en la función del sector público, incluidos una mayor participación del sector privado en la prestación de salud y un cambio en el enfoque de financiamiento del gobierno, pasando de los aportes a los resultados.
10. En la mayoría de los países, los procesos de descentralización del sector salud han sido impulsados desde el nivel central y motivados por diversas consideraciones, no siempre vinculadas a razones sectoriales. Las motivaciones predominantes de los procesos de descentralización de la salud han sido de naturaleza económica y política. Entre las primeras, la búsqueda de una mayor eficiencia técnica en la provisión del servicio ha sido la principal motivación. Respecto de las motivaciones políticas, han predominado aquellas vinculadas a los objetivos de legitimación política, los cambios en la distribución del poder político, y las crecientes demandas de democratización.
11. En lo que concierne a la secuencia y gradualidad de los procesos de descentralización de la salud en América Latina, se observa una variedad de patrones. Por ejemplo, en algunos casos la descentralización ha sido una imposición (Bolivia y Chile) en la cual mediante una ley y las reglamentaciones respectivas se descentralizan de una vez las competencias en todos los niveles subnacionales, mientras que en otros casos las jurisdicciones participan de un proceso gradual en el cual la descentralización se aplica selectivamente a algunas de ellas en función del cumplimiento de determinados requisitos o bien en esquemas opcionales o no obligatorios (México, 1983).

Por otra parte, en algunos países, las competencias se traspasan de una vez a los entes subnacionales (Argentina, Bolivia, Chile, México), mientras en otros existe un proceso de certificación gradual que determina una profundización de las competencias traspasadas (Brasil y Colombia)

12. De los casos reseñados, sobresale la heterogeneidad de las experiencias en cuanto a la autonomía entregada y los niveles involucrados en el proceso.

La experiencia de los países analizados sugiere que no existe un modelo único de descentralización de la atención primaria de salud en la región, sino que existen experiencias individuales en donde la única tendencia común a todos los países que es posible apreciar es el reforzamiento de la función reguladora, normativa y definidora del nivel central respecto a la política nacional de salud, y la tendencia a descentralizar la gestión relacionada con la provisión de los servicios de atención de salud en los niveles subnacionales.

13. En cuanto a los niveles involucrados, se observa que los modelos implementados comprenden principalmente los niveles intermedios y locales, y que el traspaso de responsabilidades al nivel de la unidad productiva solamente se ha incorporado en forma explícita y profunda en Argentina, con el modelo de autonomía hospitalaria, aunque aparece en forma incipiente en Colombia con la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado.

También se observa que, en general, los países federales tienden a implantar modelos de descentralización más profundos, que se asemejan a modelos de *devolución*, mientras que los unitarios han tendido a implantar modelos menos radicales tipo principal/agente o de desconcentración. Las excepciones son Colombia, cuyo proceso de descentralización comprende una importante transferencia de recursos y de poder de decisión a las unidades subnacionales, constituyendo de esa forma un modelo más parecido a una devolución, y el caso de México en el cual la descentralización del período 1983-1995 tuvo el carácter de desconcentración parcial en el nivel intermedio. Sin embargo, este carácter se ha modificado con el fin de transferir un mayor grado de autonomía y responsabilidades al nivel estadual, tendiendo a configurar, teóricamente, un modelo de devolución.

14. En el caso de los modelos de devolución, se trata siempre de situaciones híbridas. El factor principal que reduce el grado de autonomía de los niveles subnacionales lo constituye el excesivo grado de dependencia de los recursos del nivel central que caracteriza a todos los países, independientemente del grado de descentralización de la ejecución presupuestaria que, varía entre países.

En general, en todos los países, excepto en Argentina y en Brasil, los recursos humanos constituyen el área que se mantiene relativamente más centralizada. En gran parte, ello obedece al régimen de carrera administrativa al cual están sujetos los funcionarios del sector.

15. Todos los modelos revisados son de tipo principal/agente, donde los niveles subnacionales –los agentes– siguen respondiendo al nivel central –el principal– por sus

acciones, debido a una estructura de financiamiento dependiente de este y a la vinculación a normas e incentivos puestos por él.

16. En todos los sistemas de provisión analizados, la administración directa de los servicios ha sido traspasada a niveles territoriales o no territoriales subnacionales, mientras que los aspectos de regulación, supervisión y conducción del sistema han permanecido centralizados.

Aparte de esta característica común, las diversas condiciones socioeconómicas y político-institucionales de cada uno de los países, así como las distintas motivaciones iniciales de los procesos de reforma y las características propias del sector salud, han llevado a diferentes sistemas descentralizados de provisión: por sector, niveles involucrados, mecanismos de traspaso de los recursos, grado de autonomía entregado en las principales funciones, y, por intensidad de la participación de la comunidad.

17. Cabe destacar que no existe entre los diferentes tipos de modelos, un patrón determinado en relación con la participación de la comunidad, pero en general la participación de esta en el proceso de provisión, control o definición de políticas de salud, es deficiente. Existen, no obstante, casos donde al menos se han realizado esfuerzos de creación de organismos de participación como en Bolivia y Brasil.
18. En general, los niveles de aproximación y de adecuación del aparato estatal a la sociedad civil son aún insuficientes para propiciar la participación ciudadana, particularmente en los países en que la descentralización se focaliza hacia niveles intermedios y en los casos de municipios de gran dimensión.
19. Finalmente, los mecanismos de representación y de adopción ~~de~~ decisiones estatales sobre gasto y aportes locales no favorecen la participación ciudadana. Las experiencias de participación social en los procesos de asignación estatal se reducen a la consulta y al control, y se refieren exclusivamente al gasto, todo lo cual resta incentivos y potencialidades a la participación ciudadana.

En contraste con la provisión estatal, las organizaciones sociales suelen fundarse en la iniciativa y los aportes de sus miembros locales, haciendo así a la participación funcional respecto a la eficiencia. Sin embargo los procesos —salvo tal vez en Brasil— no están incorporando sino marginalmente el potencial institucional que ello implica.

No haber logrado involucrar a los ciudadanos en las decisiones estatales que afectan directamente a su ingreso sería en última instancia la principal explicación de que la descentralización no haya generado los resultados esperados en términos de participación ciudadana y eficiencia.

6.4 BIBLIOGRAFÍA

- Afonso, J.R. (1995), "A questao tributaria e o financiamento dos diferentes niveis de governo",
- A Federação em perspectiva, FUNDAP (Fundación de Desarrollo Administrativo del Estado de São Paulo), São Paulo.
- Argentina, INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (1995), Proyecciones de la población por provincia según sexo y grupo de edad. 1990-2010, Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos.
- Barros M.E., S. Piola y S.M. Vianna (1996), "Política de saúde no Brasil: Diagnóstico e perspectivas", texto para discusión, n°401, IPEA (Instituto de Investigación Económica Aplicada), Brasilia.
- Behrman, J. (1995), "The Impact of Distributive Policies, Governmental Expenditure Patterns and Decentralization on Human Resources", documento de respaldo para el Informe sobre desarrollo humano del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), 1996, Nueva York.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo)(1996), Economic and Social Progress in Latin America, 1996 Report, Washington, D.C.
- (1997), Economic and Social Progress in Latin America: Latin America After a Decade of Reforms, 1997 Report, Washington, D.C.
- Bisang, R. y O. Cetrángolo (1997), "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina", serie Reforma de política pública, n°47, Proyecto regional CEPAL(Comisión Económica para América Latina y el Caribe)/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Boisier, S. (1991), "Descentralización y equidad", Revista de la CEPAL, n°46, Santiago de Chile.
- Bolivia, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría de Participación Popular (1996), Bolivia. La participación popular en cifras: Resultados y proyecciones para analizar un proceso de cambio, La Paz.
- Bonilla, J. (1996), "Descentralización de la Secretaría de Salud", Hacia la federalización de la salud en México, Consejo Nacional de Salud, México,D.F.
- Carciofi R., O. Cetrángolo y O. Larrañaga (1996), Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile, CEPAL/UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), Santiago de Chile.
- Cardozo Brum, M. (1993), "La descentralización de servicios de salud en México: Hacia la amnesia total o hacia la resurrección de la política", Gestión y política pública, vol. 2, n° 2, julio-diciembre.

- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1995), "Políticas sectoriales y de población: el caso de México", serie Documentos docentes, Santiago de Chile.
- (1996), "Redistribuição espacial da população: características e tendencias do caso brasileiro", serie Documentos docentes, Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y El Caribe) (varios años), Estudio Económico de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- (1995a), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, edición 1994, Santiago de Chile.
- (1995b), Panorama social 1995, Santiago de Chile.
- (1997), Panorama Social 1996, CEPAL/UNICEF, Santiago de Chile.
- (1998), Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, edición 1997, Santiago de Chile.
- CEPAL/GTZ (Agencia Alemana de Cooperación Técnica) (1996), Descentralización fiscal en América Latina. Balance y principales desafíos, Proyecto regional de descentralización fiscal CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.
- Cominetti, R. (1997), "Descentralización de la atención primaria de salud en América Latina: Un análisis comparativo", serie Reforma de política pública, n°56, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos/ASDI, sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Cominetti, R. y E. di Gropello (1994), "El gasto social en América Latina: un examen cuantitativo y cualitativo" serie Cuadernos de la CEPAL, n° 73, Santiago de Chile.
- Cominetti, R. y G. Ruiz (1997), "Evolución del gasto público social en América Latina: 1980-1995", serie Cuadernos de la CEPAL, n° 80, Santiago de Chile.
- Chile, MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación) (1996), Realidad económico-social de los hogares en Chile, Santiago de Chile.
- Colombia, Departamento Nacional de Planeación (1996), "1996: ¿Cómo va la descentralización?", Planeación y desarrollo, vol.27, n°3, julio-septiembre, Santafé de Bogotá.
- De Groot, H. (1988), "Decentralization Decisions in Bureaucracies as a Principal-Agent Problem", Journal of Economic Theory, vol 33.
- De la Fuente, J. R. (1996), "Federalismo y descentralización del sector salud", Hacia la federalización de la salud en México, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.
- Di Gropello, E. (1997), "Descentralización de la educación en América Latina: Un análisis comparativo", serie Reforma de política pública, n°57, Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los

- servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Draibe, S. M. (1998), "Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: Saúde e educação fundamental", serie Reforma de política pública, n°52,
- Proyecto regional CEPAL/Gobierno de los Países Bajos sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Duarte, J. (1996), "Los problemas de la descentralización en educación y salud en Colombia", inédito.
- Espinoza, J. y M. Marcel (1994), "Descentralización fiscal: el caso de Chile", serie Política fiscal, n°57, Proyecto regional de descentralización fiscal CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.
- Fresneda, O. y C.E. Vélez (1996), "El gasto público social y normatividad en Colombia", Coyuntura social, n°14, mayo.
- Fuller, B. (1985), "Raising School Quality in Developing Countries: What Investments Boost Learning?", Education and Training Series, Banco Mundial, Washington D.C.
- FUNDAP (Fundación de Desarrollo Administrativo del Estado de São Paulo) (1996), Federalismo no Brasil: Descentralização e políticas sociais, São Paulo.
- Galindo, M. y F. Medina (1995), "Descentralización fiscal en Bolivia", serie de Política fiscal, n°72, Proyecto regional de descentralización fiscal CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.
- Galvao, A.C., M.L. Rodriguez y N.F. Zackseski (1997), "Perfil regional e estadual da execução da despesa orçamentaria da Uniao. 1995", texto para discusión, n°518, IPEA, Brasilia.
- Gómez, J.P. (1997), "Evaluación de la descentralización del sector salud en Nicaragua", serie Reforma de política pública, n°54, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- González, E. (1995), Regulación, competencias y gestión descentralizada de los proyectos de vías, agua potable y saneamiento básico, educación y salud: el caso de Colombia, ILPES (Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica), Santiago de Chile.
- González Block M. A., E. Gutiérrez y L. Gutiérrez (1989), "Health Services Decentralization in Mexico: Formulation, Implementation and Results of Policy", Health Policy and Planning, vol. 4, n°4.
- Hernández, P. y otros (1996), "Las cuentas nacionales de salud", Observatorio de la Salud, FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud), México, D.F.

- Juan, M. (1997), "La descentralización de los servicios de salud a población abierta en México", presentación durante el seminario regional sobre Descentralización en educación y salud: La experiencia latinoamericana, Puebla, México, 24 al 26 de marzo.
- Klugman, J. (1994), "Decentralization: A Survey of Literature from a Human Development Perspective" Oficina del informe sobre desarrollo humano, Occasional Papers, n°13, PNUD, Nueva York.
- Larrañaga, O. (1995), "Descentralización y equidad: el caso de los servicios sociales en Chile", CEPAL, Séptimo seminario regional de política fiscal, borrador para discusión.
- Livesey, D. (1987), "Central Control of Local Authority Expenditure", Oxford Review of Economic Policy, vol.3, n°2.
- Londoño, J.L. y O. Icoechea (1996), "Latin American Health Care Systems: A Simple Description of its Financing and Organization", Latin American Technical Department, Banco Mundial, versión preliminar.
- Lucchese P. (1996), "Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: A implementação do sistema unico de saúde. Retrospectiva 1990 -1995", Planejamento e políticas públicas, n°14.
- Mac Lure, C. (1995), "Comments on the "Dangers of Decentralization", by Prud'homme", The World Bank Research Observer, vol.10, n°2.
- Medici, A.C. y A.C. Agune (1993), Desigualdades sociais e desenvolvimento no Brasil: uma análise dos anos oitenta ao nível regional, IESP/FUNDAP, São Paulo. Medici, A. (1996), "Descentralização e gastos em saúde no Brasil", Federalismo no Brasil Descentralização e políticas sociais, FUNDAP, São Paulo.
- Montoya, S. (1997), "Reformas al financiamiento del sistema de salud. Argentina", serie Financiamiento del desarrollo, n°60, Proyecto conjunto CEPAL/GTZ "Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe", CEPAL, Santiago de Chile.
- Musgrave, R y P.B. Musgrave (1989), Public Finance in Theory and Practice, " cap. 13, 27 y 28, quinta edición, Nueva York.
- Narro, J. (1996), "Modelo de atención a la salud para población abierta", Hacia la federalización de la salud en México, Consejo Nacional de Salud, México, D.F.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1995), "National Health Expenditure and Financing in Latin America and the Caribbean. Challenges for the 1990s", Health Development Series, n°3, Washington, D.C.
- Palacios, M. (1996), "Descentralización y la participación ciudadana", Administración pública y democracia, Solórzano A. y H. Teuchler (ed.), Instituto Nicaragüense de Administración Pública y Fundación Konrad Adenauer.
- Porto, A. y P. Sanguinetti (1996), "Las transferencias intergubernamentales y la equidad distributiva: El caso argentino", serie Política fiscal, n°88, Proyecto regional de descentralización fiscal CEPAL/GTZ, Santiago de Chile.

- Ricketts, M. (1986), "The Geometry of Principal and Agent: yet Another Use for the Edgeworth Box", *Scottish Journal of Political Economy*, vol 33, n°3.
- Rondinelli, D., J. Nellis y G.S. Cheema (1984), "Decentralization in Developing Countries: a Review of Recent Experiences", *World Bank Staff Working Papers*, n°581, Washington, D.C.
- Ruiz-Mier, F. y B. Giussani (1997), "El proceso de descentralización y el financiamiento de los servicios de educación y salud en Bolivia", serie Reforma de política pública, n°48, Proyecto regional CEPAL/ASDI sobre financiamiento público y provisión de los servicios sociales: El rol del Estado en educación básica y atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Tovar y de Teresa, F. (1996), "Acciones para consolidar la descentralización de las cuotas de recuperación y los programas de la beneficencia pública", *La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida*, Consejo Nacional de Salud, De la Fuente, J.R. y M.Juan (compiladores), México, D.F.
- Vargas de Flood, M. C. (1994a), Educación y salud: resultados de mediciones sobre acceso y cobertura,
- Vargas J.E. y A. Sarmiento (1997a), "Características de la descentralización colombiana", serie Reforma de política pública, n°49, Proyecto regional Wiesner, E. (1994), "Fiscal Decentralization and Social Spending in Latin America: The Search for Efficiency and Equity", serie Documentos de trabajo, n°199, BID, Washington, D.C.
- Winkler, D. y T. Rounds (1993), "Municipal and Private Sector Response to Decentralization and School Choice: The Case of Chile, 1981-1990", *Human Resources and Operations Policy Working Papers*, n°8, Banco Mundial, Washington D.C.
- Decentralization in Latin America", *World Bank Discussion Papers*, n°235, Washington, D.C.
- Wolff, L., E. Schiefelbein y J. Valenzuela (1993): "Improving the Quality of Primary Education in Latin America: Towards the 21st Century", *Regional Studies Program Report 28*, Latin America and Caribbean Region, Banco Mundial, Washington, D.C.